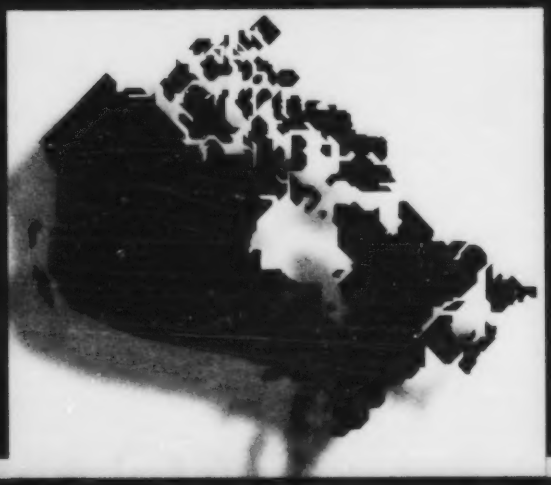
Santé Canada Health Canada

Système canadien de surveillance

Périnatale



Rapport sur la santé périnatale au Canada

2000

Canada

101-04892/

Système canadien de surveillance

périnatale

Rapport sur la santé périnatale au Canada

2000

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur santé.

Santé Canada

Des exemplaires du présent rapport sont disponibles auprès de la :

Division de la santé génésique
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Centre de développement de la santé humaine
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Édifice de la DHPS nº 7, LA 0701D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2

Téléphone : (613) 941-2395
Télécopieur : (613) 941-9927

Cette publication est également disponible en version électronique sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/reprodf.html

Also available in English under the title:
Canadian Perinatal Health Report, 2000

Citation proposée : Santé Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé

©Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000
Nº H49-142/2000F au catalogue
ISBN 0-662-29309-6

Table des matières

Introduction ix
Collaborateurs xiii
Membres du Comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale (2000) xiii
La situation de la santé périnatale au Canada — Aperçu général xvii

Section A Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

1. Comportements et habitudes 3
Prévalence du tabagisme pendant la grossesse 3
Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse 6
Prévalence de l'allaitement maternel 9
Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes 12
Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées 15

2. Services de santé 19
Taux de déclenchement du travail 19
Taux d'accouchement par césarienne 21
Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale 25
Taux de traumatisme périnéal 28
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement 31
Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance 35

Section B Effets sur la santé maternelle, fœtale et infantile

3. Effets sur la santé maternelle 41
Ratio de mortalité maternelle 41
Ratio d'avortement provoqué 45
Taux de grossesse ectopique 48
Ratio de morbidité maternelle grave 51
Taux de réadmission de la mère suivant le congé après l'accouchement 53

4. Effets sur la santé du fœtus et de l'enfant 57
Taux de prématurité 57
Taux de postmaturité 60
Croissance fœtale : taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale 62

Taux de mortalité fœtale et infantile 65
Taux de morbidité néonatale grave 71
Taux de naissance multiple 74
Prévalence des anomalies congénitales 76
Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital 79

Bibliographie 83

Section C Annexes

Annexe A : Sources de données et méthodologie 93
Annexe B : Liste des indicateurs de la santé périnatale 101
Annexe C : Liste des acronymes 103
Annexe D : Composantes de la mortalité fœtale et infantile 105
Annexe E : Tables de données 107
Annexe F : Publications du Système canadien de surveillance périnatale (au mois de septembre 2000) 145
Annexe G : Formulaire d'évaluation 149

Liste des figures et des tableaux

Figures

Figure I Surveillance nationale de la santé x

Figure 1 Tendances temporelles des taux de mortalité infantile par province/territoire, Canada, 1961-1965 à 1991-1995 xviii

Figure 2 Tendances des taux de mortalité infantile liées à des anomalies congénitales, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1983 et 1993-1995 ... xx

Figure 3 Taux de naissance de jumeaux et de triplés (naissances vivantes et mortinaissances), Canada, 1974-1997..... xx

Figure 4 Taux de prématurité dans les naissances multiples vivantes, Canada, 1974-1997..... xxi

Figure 1.1 Prévalence du tabagisme pendant la grossesse selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997 4

Figure 1.2 Prévalence du tabagisme pendant la grossesse, par région/province, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997 ... 5

Figure 1.3 Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997..... 7

Figure 1.4 Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse, par région/province, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997 7

Figure 1.5 Prévalence de l'allaitement maternel selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997 10

Figure 1.6 Prévalence de l'allaitement maternel, par région/province, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997 10

Figure 1.7 Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 10 à 14 ans, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 13

Figure 1.8 Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 15 à 19 ans, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 13

Figure 1.9 Pourcentage de naissances vivantes chez les mères adolescentes, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 14

Figure 1.10 Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 30 à 39 ans, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 16

Figure 1.11 Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 40 à 49 ans, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 16

Figure 1.12 Pourcentage de naissances vivantes chez les mères de 30 ans ou plus, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 . . . 17

Figure 2.1 Taux de déclenchement du travail, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 20

Figure 2.2 Taux de césarienne (cés.) primaire selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1994-1995 à 1997-1998 23

Figure 2.3 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 26

Figure 2.4 Taux d'accouchement par voie vaginale par forceps, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 26

Figure 2.5 Taux d'accouchement par voie vaginale par extraction par ventouse, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 27

Figure 2.6 Taux de traumatisme périnéal lié à une épisiotomie et à une déchirure du périnée, Canada, 1989-1990 à 1997-1998 29

Figure 2.7 Taux d'épisiotomie, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 29

Figure 2.8 Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998. 32

Figure 2.9 Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 34

Figure 2.10 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 36

Figure 2.11 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 38

Figure 3.1 Ratio de mortalité maternelle (RMM), Canada, 1973-1997 . . . 43

Figure 3.2 Ratio et taux d'avortement provoqué, Canada, 1990-1997 46

Figure 3.3 Ratio et taux d'avortement provoqué, par province/territoire, Canada, 1997 46

Figure 3.4 Taux d'avortement provoqué selon l'âge, Canada, 1997 47

Figure 3.5 Taux de grossesse ectopique, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 49

Figure 3.6 Taux de grossesse ectopique, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 49

Figure 3.7 Taux de grossesse ectopique selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 50

Figure 3.8 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1990-1991 à 1997-1998 54

Figure 3.9 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1995-1996 à 1997-1998 55

Figure 4.1 Taux de prématurité, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1997 58

Figure 4.2 Taux de prématurité, accouchements simples et multiples, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 58

Figure 4.3 Taux de prématurité, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 59

Figure 4.4 Taux de postmaturité, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997 60

Figure 4.5 Taux de postmaturité, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 61

Figure 4.6 Taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997 63

Figrue 4.7 Taux d'hypotrophie fœtale, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 63

Figure 4.8 Taux d'hypertrophie fœtale, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 64

Figure 4.9 Taux de mortalité fœtale, néonatale et post-néonatale, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997 68

Figure 4.10 Taux de mortalité fœtale, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 68

Figure 4.11 Taux de mortalité néonatale, par province/territoire, Canada 1997 69

Figure 4.12 Taux de mortalité post-néonatale, par province/territoire, Canada, 1997 69

Figure 4.13 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR), Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 72

Figure 4.14 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR), par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 72

Figure 4.15 Taux de naissance multiple, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997 74

Figure 4.16 Taux de naissance multiple, par province/territoire, Canada, 1997 75

Figure 4.17 Taux d'anomalie du tube neural, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 1989-1997 77

Figure 4.18 Taux d'anomalie du tube neural, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997 77

Figure 4.19 Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 80

Figure 4.20 Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec et du Manitoba), 1997-1998 80

Figure 4.21 Principaux diagnostics invoqués pour la réadmission des nouveau-nés, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 et 1997-1998 81

Tableaux

Tableau 2.1 Taux d'accouchement par césarienne (cés.) et pourcentage de femmes ayant déjà eu une césarienne, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1994-1995 à 1997-1998. 22

Tableau 2.2 Pourcentage de premières naissances selon l'âge de la mère, Canada, 1994-1997 22

Tableau 2.3 Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital (en jours) pour un accouchement, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998. . . 32

Tableau 2.4 Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital (en jours) pour un accouchement, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 33

Tableau 2.5 Durée moyenne du séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance (en jours), Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998. . . . 36

Tableau 2.6 Durée moyenne du séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance (en jours), par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 37

Tableau 3.1 Mortalité maternelle directe par cause, Canada, 1973-1977 et 1993-1997 42

Tableau 3.2 Embolie amniotique : nombre, incidence et taux de létalité déclarés, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998. . . . 52

Tableau 3.3 Pourcentage des réadmissions maternelles dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement, par diagnostic primaire, Canada (à l'exception du Québec), 1995-1996 à 1997-1998 56

Tableau 4.1 Cadre pour l'estimation de la mortalité fœtale et infantile évitable selon le poids à la naissance et l'âge au décès. 67

Tableau 4.2 Taux de surmortalité fœto-infantile par 1 000 naissances et nombre de décès évitables selon l'occasion d'intervention, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996 67

Introduction

Fruit des efforts conjugués du Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant de Santé Canada et du Comité directeur du SCSP, ce *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000* est le premier rapport de surveillance nationale publié par le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Ensemble, les deux organismes ont élaboré un cadre conceptuel pour le SCSP, identifié les indicateurs de santé périnatale pertinents et leurs sources de données, et analysé et interprété les données. Ce rapport, comme les prochains rapports de surveillance nationale qui seront dorénavant publiés à intervalles réguliers, donnera lieu à la publication complémentaire de fiches d'information et d'études scientifiques revues par des pairs.

Pour accompagner ce premier rapport et ceux qui paraîtront par la suite, le SCSP a préparé un document d'accompagnement qui s'intitule *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*[1]. Ce manuel, qui donne des informations sur les indicateurs utilisés par le SCSP, se veut une source de référence pour les lecteurs et les personnes qui collectent, analysent et interprètent les données sur la santé périnatale, et qui organisent les interventions aux niveaux provincial, territorial ou régional.

Contexte

C'est en 1995, dans le cadre de l'initiative lancée par Santé Canada pour combler les lacunes dans la surveillance nationale de la santé publique, que le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant a mis sur pied le SCSP. Le Bureau s'est largement inspiré des travaux de la Canadian Perinatal Regionalization Coalition (aujourd'hui le Partenariat des programmes périnatals du Canada) sur l'élaboration d'une base de données périnatales nationale. Le SCSP collabore avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations de santé professionnelles, les groupes de pression et les chercheurs universitaires. Le Comité directeur et les divers groupes d'études du SCSP comptent des représentants de ces groupes ainsi que plusieurs spécialistes du monde entier. La mission, les principes et les objectifs du SCSP sont décrits dans d'autres documents[2,3].

Cadre conceptuel du SCSP

Dans l'optique du SCSP, le système de surveillance de la santé est un système central de collecte, d'analyse et d'interprétation en continu des données portant sur les grands enjeux de santé publique. Les informations recueillies permettent d'élaborer et d'évaluer les interventions visant à réduire les inégalités en matière de santé et à promouvoir la santé[2]. La Figure I illustre le cycle de surveillance, adapté d'un cadre conceptuel élaboré par le Dr Brian McCarthy des Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta, en Georgie[4].

Dans l'optique du SCSP, le système de surveillance de la santé est un système central de collecte, d'analyse et d'interprétation en continu des données portant sur les grands enjeux de santé publique. Les informations recueillies permettent d'élaborer et d'évaluer les interventions visant à réduire les inégalités en matière de santé et à promouvoir la santé.

Figure 1 **Surveillance nationale de la santé**

Le concept de surveillance de la santé repose sur la notion, plus large, de déterminants de la santé, soit l'ensemble des facteurs qui influent sur l'état de santé, parmi lesquels figurent notamment, mais non exclusivement, les soins de santé[5]. Il importe donc de surveiller non seulement les répercussions sur la santé, mais aussi les facteurs, comme les comportements, les environnements physique et social et les services de santé, qui peuvent avoir une incidence sur ces répercussions. Si le but ultime de la surveillance de la santé est indéniablement d'améliorer l'état de santé, les informations recueillies sur les tendances et les profils des divers facteurs de risque et de protection peuvent, par ailleurs, aider à expliquer les taux de morbidité et de mortalité, à concevoir des interventions efficaces et à allouer judicieusement les ressources en santé pour améliorer les résultats obtenus. Tout système de surveillance de la santé doit donc surveiller à la fois les déterminants de la santé et les répercussions sur la santé.

Indicateurs du SCSP

Un indicateur de santé est « une mesure qui, lorsqu'on la compare à une norme ou au niveau de réalisation escompté, fournit des renseignements sur un résultat de santé ou un déterminant de santé important »[2]. Le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant et le Comité directeur du SCSP ont entrepris d'identifier les indicateurs de santé que doit utiliser le système national de surveillance périnatale[1]. À cette fin, ils ont tenu compte autant des résultats sur la santé et des déterminants de la santé, que des propriétés scientifiques des indicateurs (comme leur validité pour mesurer le résultat ou le déterminant étudié) et de la possibilité de recueillir les données nécessaires pour construire ces indicateurs. On trouvera

à l'Annexe B la liste des indicateurs retenus. Les 43 premiers indicateurs sont classés en fonction de l'importance que leur accorde le Comité directeur. Neuf autres indicateurs sont venus s'y ajouter après consultation.

Les principales sources de données auxquelles a actuellement accès le Système de surveillance nationale de la santé périnatale sont décrites sommairement à l'Annexe A et plus en détail dans le rapport *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada.* À l'aide de ces sources de données (statistiques de l'état civil, données sur l'hospitalisation et enquêtes nationales sur la santé), le SCSP ne peut rendre compte que d'un sous-ensemble des indicateurs énumérés à l'Annexe B. C'est pourquoi il soutient les efforts qui sont faits pour améliorer les bases de données et combler les lacunes. Ces efforts, parallèlement au progrès continuel de la technologie de l'information et des systèmes d'information sur la santé, devraient permettre de recueillir un plus grand nombre de données sur la santé périnatale à l'échelle nationale, et d'accroître le nombre des indicateurs dont le SCSP pourra faire état, tout comme sa capacité de comprendre et d'expliquer les tendances temporelles et les inégalités, géographiques et autres, de ces indicateurs.

La surveillance de la santé périnatale constitue à la fois un outil de mesure (où en étions-nous avant, où en sommes-nous aujourd'hui) et un facteur d'incitation à l'action (où devrions-nous en être demain).

Aperçu du rapport

On trouvera dans ce rapport des informations sur 24 indicateurs de santé périnatale, groupés en fonction des déterminants de la santé (comportements et habitudes; services de santé) et des répercussions sur la santé (santé maternelle, fœtale et infantile). Pour chacun des indicateurs, on présente les résultats de la surveillance, on précise les limites des données et on donne les principales références. Les données statistiques sur chaque indicateur consistent surtout en tendances temporelles à l'échelle nationale et en comparaisons entre les provinces et les territoires pour les années les plus récentes pour lesquelles des données sont disponibles.

Résumé

La surveillance de la santé périnatale se doit de constituer une composante essentielle de la gestion du système de santé si l'on veut améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons au Canada. Beaucoup plus qu'une base de données statiques, le système de surveillance de la santé périnatale est un système dynamique intégré de collecte, de couplage, de validation, d'analyse, d'interprétation et de divulgation de données, qui permet de capter rapidement les « signaux d'alarme », de dégager des tendances temporelles, de déceler les inégalités (géographiques et autres) et d'évaluer les effets des changements apportés à la pratique clinique et aux politiques de santé publique. La surveillance de la santé périnatale constitue à la fois un outil de mesure (où en étions-nous avant, où en sommes-nous aujourd'hui) et un facteur d'incitation à l'action (où devrions-nous en être demain).

Dr Michael Kramer
Professeur, Départements de pédiatrie, d'épidémiologie et de biostatistique
Université McGill
Président, Comité directeur du SCSP

Catherine McCourt, M.D., M.H.A., F.R.C.P.C.
Directrice, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Centre de développement de la santé humaine
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

Références

1. Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence,* Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (2000), (N° H49-135/2000F au catalogue).
2. Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale,* Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada (1995).
3. Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale, 1997-1998,* Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (1999).
4. McCarthy, B. The risk approach revisited: A critical review of developing country experience and its use in health planning. Dans : Liljestrand, J., Povey, W.G. (éditeurs), *Maternal Health Care in an International Perspective. Proceedings of the XXII Berzelius Symposium, 27-29 mai 1991, Stockholm, Suède,* Université d'Uppsala (1992), 107-24.
5. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : !nvestir dans la santé des Canadiens,* Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada (1994).

Collaborateurs

Auteurs

Tye Arbuckle, Ph.D.
Susie Dzakpasu, M.H.Sc.
Shiliang Liu, M.B., Ph.D.
Jocelyn Rouleau
I.D. Rusen, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.
Linda Turner, Ph.D.
Shi Wu Wen, M.B., Ph.D.

Rédacteurs

Susie Dzakpasu, M.H.Sc.
K.S. Joseph, M.D., Ph.D.
I.D. Rusen, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

Assistantes à la recherche

Jennifer Haughton
Fay McLaughlin, I.A., B.Sc.N.

Soutien administratif

Ernesto Delgado

Membres du Comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale (2000)

Président

Dr Michael Kramer
Professeur, Départements de pédiatrie, d'épidémiologie et de biostatistique
Université McGill
Montréal (Québec)

Représentantes et représentants

Alexander Allen, M.D., F.R.C.P.C.
Partenariat des programmes périnatals du Canada
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Madeline Boscoe, I.A.
Réseau pour la santé des femmes
Winnipeg (Manitoba)

Christine Fitzgerald
Institut canadien d'information sur la santé
Ottawa (Ontario)

Maureen Heaman, I.A. M.N., Ph.D.(c)
Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Winnipeg (Manitoba)

Pearl Herbert, B.N., B.Ed., M.Sc.
Confédération canadienne des sage-femmes
St. John's (Terre-Neuve)

Sue Hodges, I.A., B.Sc.N.
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

Vania Jimenez, M.D.C.M., C.C.F.P., F.C.F.P.
Collège des médecins de famille du Canada
Montréal (Québec)

Robert Liston, M.B., Ch.B., F.R.C.S.C., F.R.C.O.G.
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)

Ken Milne, M.D., F.S.O.G.C., F.R.C.S.C.
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Ottawa (Ontario)

Patricia Niday, Ed.D.
Partenariat des programmes périnatals du Canada
Ottawa (Ontario)

Reg Sauvé, M.D., M.P.H., F.R.C.P.C.
Société canadienne de pédiatrie
Calgary (Alberta)

Marianne Stewart, B.Sc.N., M.H.S.A.
Association canadienne de santé publique
Edmonton (Alberta)

Experts à titre individuel

Beverley Chalmers, Ph.D.
Centre de recherche sur la santé des femmes
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

K.S. Joseph, M.D., Ph.D.
Départements d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Judith Lumley, M.B., Ph.D.
Centre for the Study of Mothers' and Children's Health
La Trobe University
Carlton, Victoria, Australie

Sylvie Marcoux, M.D., Ph.D.
Doyenne associée, Recherche
Université Laval
Québec (Québec)

Brian McCarthy, M.D.
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia, États-Unis

Arne Ohlsson, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.
Départements de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie,
Sciences de santé publique
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Représentantes et représentants du gouvernement fédéral

Alexa Brewer, M.B.A., B.Sc.N.
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Gary Catlin
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)

Martha Fair
Recherche sur l'hygiène du travail et de l'environnement
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)

Carolyn Harrison
Division de l'enfance et de la jeunesse
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Ce rapport sur la santé périnatale au Canada est une importante initiative du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Les informations qu'il contient sur les déterminants de la santé périnatale et les répercussions sur la santé fœtale, infantile et maternelle, compilées à partir de diverses sources, donnent une description générale de la situation de la santé périnatale au pays. On s'est efforcé de documenter les indicateurs spécifiques de la santé périnatale et de décrire les tendances temporelles et les différences de valeur des indicateurs entre les provinces et territoires. La présente partie aborde sommairement certaines questions d'intérêt particulier dans le domaine de la santé périnatale et indique les secteurs qui devraient faire l'objet d'une attention spéciale du point de vue de la santé publique, des soins de santé ou de la surveillance.

Aperçu général de la santé périnatale au Canada

Mortalité infantile

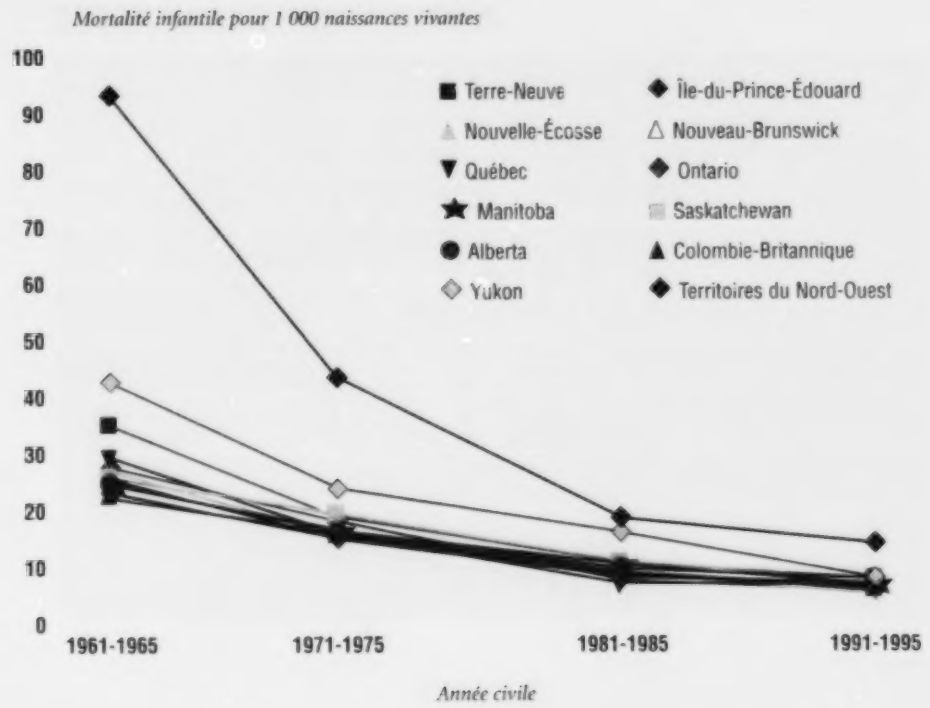
Tout semble aller pour le mieux en ce qui concerne la santé périnatale au Canada, du moins lorsqu'on évalue la situation sous l'angle de la mortalité infantile. Les taux de mortalité infantile ont considérablement diminué au cours des dernières décennies et sont parmi les plus bas au monde.

Tout semble aller pour le mieux en ce qui concerne la santé périnatale au Canada, du moins lorsqu'on évalue la situation sous l'angle de la mortalité infantile. Les taux de mortalité infantile ont considérablement diminué au cours des dernières décennies et sont parmi les plus bas au monde. Réalisation peut-être tout aussi remarquable, on a également réussi à réduire les écarts régionaux entre ces taux (Figure 1). Depuis le début des années 60 (c.-à-d. depuis l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie nationale), cette réduction a été plus marquée dans les provinces et les territoires où le taux de mortalité infantile était, à l'époque, le plus élevé[1]. Ainsi, c'est dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, qui affichaient les taux les plus élevés il y a quatre décennies (respectivement 92,9 et 42,0 pour 1 000 naissances vivantes en 1961-1965), que ces réductions étaient de loin les plus marquées en 1991-1995 (respectivement 82 et 86 p. 100), si on les compare avec les réductions, importantes mais relativement moindres, de la mortalité infantile relevées dans le reste du pays (entre 68 et 81 p. 100)[1].

L'expérience canadienne depuis l'adoption de la *Loi sur l'assurance-maladie* en 1968 tranche avec la situation internationale, où les différences relatives entre les pays se sont accrues; les pays affichant de faibles taux de mortalité infantile ont connu des réductions beaucoup plus marquées que ceux qui affichaient des taux plus élevés[1]. Même si quelques pays industrialisés ont des taux légèrement inférieurs à ceux du Canada, le classement des pays fondé sur des différences minimes dans la mortalité infantile pourrait être faussé, étant donné que les méthodes d'enregistrement des naissances ne sont pas normalisées, en particulier pour les naissances vivantes à la limite de la viabilité[2,3].

Entre 1990 et 1995, le taux de mortalité infantile au Canada a oscillé entre 6,1 et 6,8 pour 1 000 naissances vivantes (voir le chapitre 4). En 1993, le taux brut (6,3 pour 1 000 naissances vivantes) a dépassé le taux de mortalité infantile de l'année précédente (6,1 pour 1 000 naissances vivantes) pour la première fois depuis plusieurs dizaines d'années. Ceci a amené certains à qualifier de désastreuse

FIGURE 1 **Tendances temporelles des taux de mortalité infantile par province/territoire,** *Canada, 1961-1965 à 1991-1995*

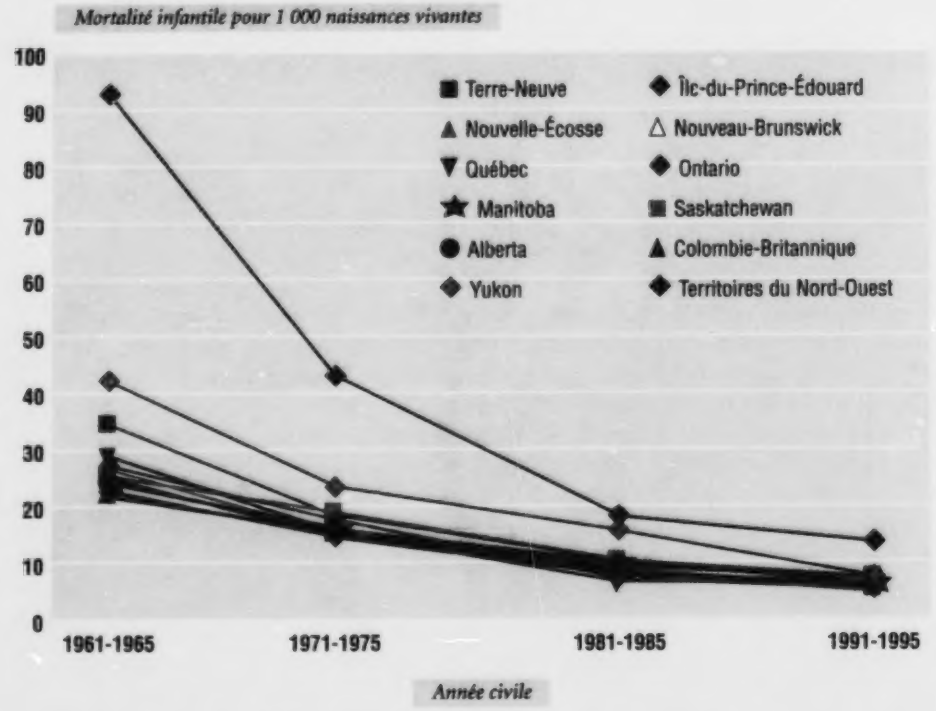


Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1961-1995.

la situation de la santé périnatale au pays[4]. Divers facteurs, comme la pauvreté des mères et la pollution environnementale, ont joué dans cet apparent revirement de la situation. D'autres chercheurs ont avancé une explication plus terre-à-terre en soulignant que cette augmentation observée en 1993 n'était que conjoncturelle et était liée à l'augmentation du nombre d'enfants pesant moins de 500 g dans les enregistrements des naissances vivantes[5]. Comme les limites établies auparavant pour la viabilité (p. ex. un poids à la naissance de 500 g) ne cessent de reculer devant les progrès de l'obstétrique et des soins néonatals, l'attitude a changé vis-à-vis de ces naissances vivantes extrêmement prématurées au cours des dernières années. Si l'on enregistre de plus en plus les naissances extrêmement prématurées comme des naissances vivantes, les comparaisons dans le temps des taux bruts de mortalité infantile s'en trouvent faussées[5,6] vu la mortalité extrêmement élevée parmi ces bébés[7].

L'argument n'a rien de nouveau. L'Organisation mondiale de la santé a, en effet, invoqué des raisons semblables pour recommander de limiter les comparaisons internationales de la mortalité infantile aux naissances vivantes de bébés pesant 1 000 g ou plus[8]. Malheureusement, s'il est facile d'établir les taux bruts de mortalité infantile au Canada, les tendances de la mortalité chez les nouveau-nés pesant 500 g ou plus ou 1 000 g ou plus ne peuvent être étudiées qu'indirectement (à l'aide d'analyses reposant sur des hypothèses ou sur une

FIGURE 1 **Tendances temporelles des taux de mortalité infantile par province/territoire,** *Canada, 1961-1965 à 1991-1995*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1961-1995.

la situation de la santé périnatale au pays[4]. Divers facteurs, comme la pauvreté des mères et la pollution environnementale, ont joué dans cet apparent revirement de la situation. D'autres chercheurs ont avancé une explication plus terre-à-terre en soulignant que cette augmentation observée en 1993 n'était que conjoncturelle et était liée à l'augmentation du nombre d'enfants pesant moins de 500 g dans les enregistrements des naissances vivantes[5]. Comme les limites établies auparavant pour la viabilité (p. ex. un poids à la naissance de 500 g) ne cessent de reculer devant les progrès de l'obstétrique et des soins néonatals, l'attitude a changé vis-à-vis de ces naissances vivantes extrêmement prématurées au cours des dernières années. Si l'on enregistre de plus en plus les naissances extrêmement prématurées comme des naissances vivantes, les comparaisons dans le temps des taux bruts de mortalité infantile s'en trouvent faussées[5,6] vu la mortalité extrêmement élevée parmi ces bébés[7].

L'argument n'a rien de nouveau. L'Organisation mondiale de la santé a, en effet, invoqué des raisons semblables pour recommander de limiter les comparaisons internationales de la mortalité infantile aux naissances vivantes de bébés pesant 1 000 g ou plus[8]. Malheureusement, s'il est facile d'établir les taux bruts de mortalité infantile au Canada, les tendances de la mortalité chez les nouveau-nés pesant 500 g ou plus ou 1 000 g ou plus ne peuvent être étudiées qu'indirectement (à l'aide d'analyses reposant sur des hypothèses ou sur une

modélisation statistique)[5]. Il n'a donc pas été possible d'évaluer directement la situation, car on ne possédait pas d'informations sur les taux de mortalité infantile selon le poids à la naissance (ou selon l'âge gestationnel) au Canada.

Mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. En 1996, le taux brut de mortalité infantile au Canada a chuté considérablement, pour atteindre 5,6 pour 1 000 naissances vivantes; en 1997, il était de 5,5 pour 1 000 naissances vivantes (voir le chapitre 4). En outre, grâce aux travaux effectués par le SCSP (en collaboration avec Statistique Canada), on a mis au point un mécanisme qui permet de coupler l'information sur les naissances vivantes et les décès infantiles depuis 1985. Nous disposons ainsi des données sur la mortalité infantile selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel[9,10] pour l'ensemble du Canada, ainsi que pour chaque province et territoire (voir l'Annexe E), information à laquelle nous aurons dorénavant accès en permanence. Les analyses effectuées depuis que le couplage des données est possible[9] ont montré que les taux bruts de mortalité infantile au pays (sauf à Terre-Neuve et en Ontario) ont diminué de 22,1 p. 100, passant de 8,1 pour 1 000 naissances vivantes en 1985-1987 à 6,3 pour 1 000 naissances vivantes en 1992-1994. Durant la même période, les taux de mortalité infantile chez les nouveau-nés pesant 500 g ou plus ont diminué de 25,4 p. 100 (passant de 7,6 à 5,7 pour 1 000 naissances vivantes) et de 26,3 p. 100 chez les bébés pesant 1 000 g ou plus (passant de 5,9 à 4,4 pour 1 000 naissances vivantes). L'écart entre les tendances des taux bruts de mortalité infantile et entre les nouveau-nés pesant 500 g ou plus confirme qu'il faut tenir compte de l'évolution de l'enregistrement des naissances vivantes aux limites de la viabilité lorsqu'on évalue les tendances de la mortalité infantile. On trouvera au chapitre 4 et à l'Annexe E des détails sur les taux de mortalité fœtale, néonatale, post-néonatale et infantile au Canada et pour chaque province et territoire.

Anomalies congénitales

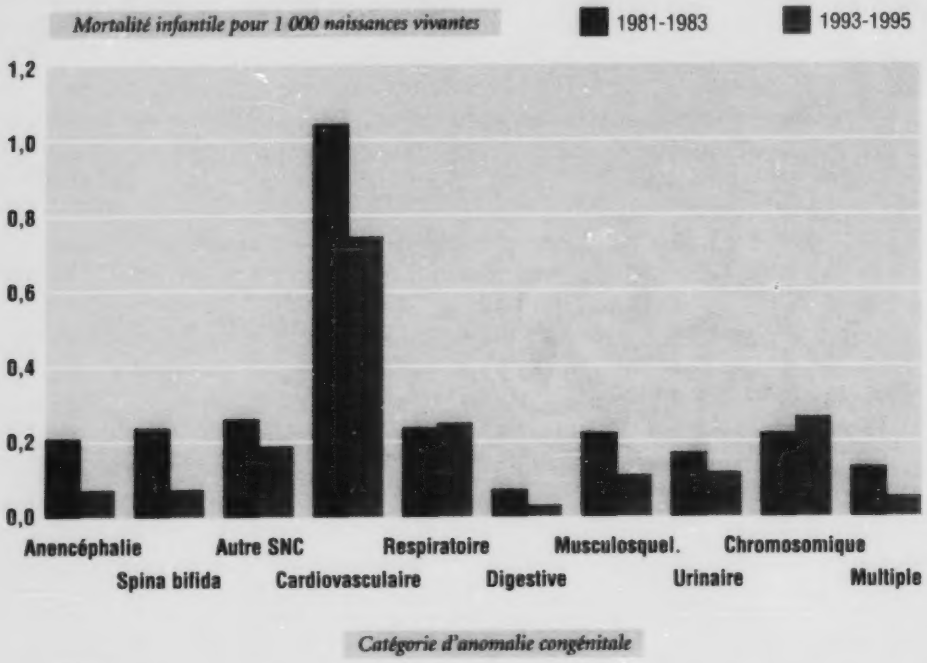
L'un des changements notables en matière de santé périnatale au Canada ces dernières années est la baisse de la mortalité infantile attribuable aux malformations congénitales. La mortalité due à des anomalies majeures a considérablement diminué entre 1985 et 1995, passant de 3,1 à 1,9 décès pour 1 000 naissances vivantes. L'évolution de cette diminution[11,12] évoque l'augmentation des diagnostics prénatals suivis d'interruptions de grossesse, parallèlement à l'amélioration des soins offerts aux nourrissons présentant de telles anomalies. On trouvera à la Figure 2 les catégories d'anomalies congénitales ayant causé beaucoup moins de décès infantiles ces dernières années. Les différences dans les taux entre les régions à ce chapitre demeurent cependant prononcées[11]. Le chapitre 4 présente les données sur les anomalies du tube neural au Canada, une affection particulièrement intéressante du point de vue de la surveillance périnatale, vu les récentes initiatives d'enrichissement des aliments avec l'acide folique[13].

La mortalité due à des anomalies majeures a considérablement diminué entre 1985 et 1995, passant de 3,1 à 1,9 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Naissances multiples

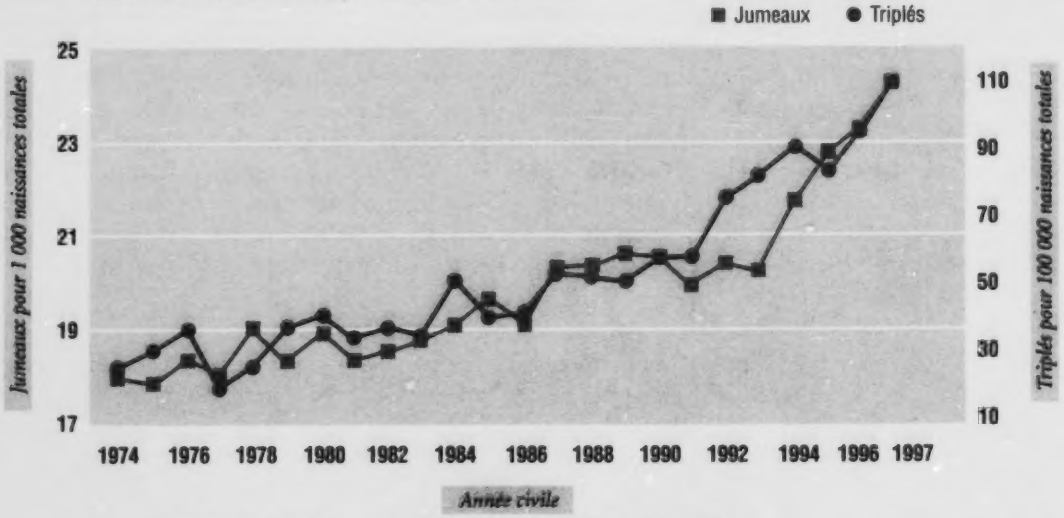
Deux phénomènes ont fait des naissances multiples un enjeu majeur au Canada ces dernières années : l'augmentation substantielle de leur fréquence et l'augmentation parallèle du taux de prématurité dans ces naissances. Ces deux changements s'inscrivent dans une tendance à long terme, bien que l'augmentation de la fréquence se soit accélérée dernièrement (Figure 3). La fréquence des naissances multiples est passée de 18,2 pour 1 000 naissances totales en 1974 à 19,3 en 1980[14], puis à 20,8 en 1990, pour atteindre 25,0 pour 1 000 naissances totales en 1997 (voir le chapitre 4).

FIGURE 2 **Tendances des taux de mortalité infantile liées à des anomalies congénitales,** *Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1983 et 1993-1995*



Source : Wen et coll. (2000)[12].
SNC — système nerveux central.

FIGURE 3 **Taux de naissance de jumeaux et de triplés (naissances vivantes et mortinaissances)*,** *Canada, 1974-1997*



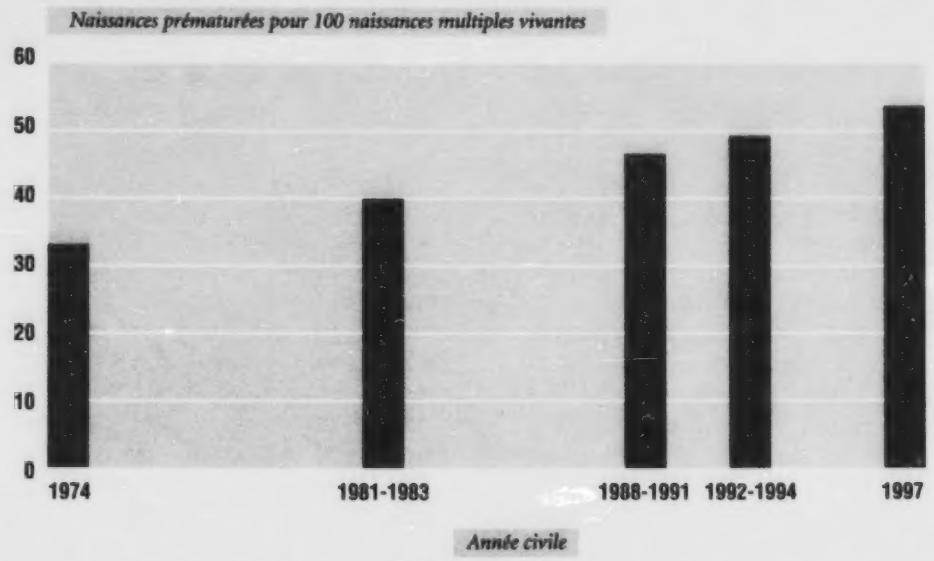
Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1974-1997.
* Les taux de naissance de jumeaux sont exprimés pour 1 000 naissances totales (axe primaire), tandis que les taux de naissance de triplés le sont pour 100 000 naissances totales (axe secondaire).

L'augmentation de la fréquence des naissances multiples, observée également dans d'autres pays industrialisés, est associée à l'augmentation de la proportion des mères âgées et des traitements de l'infertilité, notamment les traitements pharmacologiques et la fécondation *in vitro*. Dans la mesure où elles accroissent le choix des femmes en ce qui concerne la fertilité et le moment de leur grossesse, ces tendances représentent indéniablement un succès pour la science et la médecine. Malheureusement, les naissances multiples sont aussi associées à des taux plus élevés de mortalité fœtale et infantile[15-18]. La morbidité grave est également plus élevée au niveau des jumeaux et les triplés, chez qui, selon les estimations, le taux de paralysie cérébrale est respectivement 8 et 47 fois plus élevé que chez les enfants uniques[19]. C'est pourquoi les grossesses mettant en cause des triplés sont de plus en plus considérées comme des complications liées à l'intervention, et que l'on s'entend de plus pour limiter le nombre d'embryons transférés par cycle de fécondation *in vitro*[20,21].

Le deuxième phénomène inquiétant associé aux naissances multiples est l'augmentation du taux de prématurité dans ces naissances (Figure 4). La prématurité dans les naissances multiples vivantes est, en effet, passée de 33 p. 100 en 1974 à environ 40 p. 100 en 1981-1983, pour atteindre 50 p. 100 en 1992-1994[22]. En 1997, le taux de prématurité dans les naissances multiples vivantes au Canada (à l'exception de l'Ontario) s'élevait à 53,5 p. 100 (voir le chapitre 4). Il s'agit là d'une augmentation considérable si on la compare à l'augmentation modeste de la prématurité dans les accouchements simples[22]. D'après des études préliminaires effectuées par le SCSP, le phénomène serait attribuable au recours plus fréquent au déclenchement du travail et à la césarienne prématurée entre la 34e et la 36e semaine de gestation. Ces interventions, de concert avec diverses autres interventions obstétriques et néonatales, ont entraîné une réduction de la

L'augmentation de la fréquence des naissances multiples, observée également dans d'autres pays industrialisés, est associée à l'augmentation de la proportion des mères âgées et des traitements de l'infertilité, notamment les traitements pharmacologiques et la fécondation in vitro.

FIGURE 4 **Taux de prématurité dans les naissances multiples vivantes,** *Canada, 1974-1997**



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil , 1974-1997.

* Les données de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de Terre-Neuve ne sont pas incluses dans les estimations pour 1981-1994; celles de l'Ontario ne le sont pas non plus pour les estimations de 1997.

mortalité fœtale et infantile lors des naissances multiples. Les naissances vivantes entre la 34e et la 36e semaine de gestation n'en contribuent pas moins beaucoup à la mortalité infantile globale, tant au niveau des naissances uniques qu'à celui des naissances multiples[23].

Prématurité et postmaturité

Au Canada, le taux de prématurité a augmenté ces dernières années, tandis que le taux de postmaturité a baissé. L'augmentation du taux de prématurité, de 6,4 p. 100 de la totalité des naissances vivantes en 1981 à 7,1 p. 100 en 1997 (voir le chapitre 4) semble liée aux changements observés dans les naissances multiples, à l'augmentation des interventions obstétriques et au recours accru à l'échographie pour établir l'âge gestationnel[22,24]. Bien que la prématurité soit un important déterminant de la mortalité périnatale, son augmentation récente a été associée à une diminution du taux de mortinaissance, ce qui donne à penser que les interventions obstétriques sont en grande partie responsables de l'augmentation de la prématurité comme de la diminution des mortinaissances[22,24]. Une autre tendance connexe est l'amélioration des taux de croissance fœtale; nous décrivons aussi au chapitre 4 la diminution dans le temps de l'hypotrophie fœtale. Ces explications ne changent cependant rien au plus lourd fardeau de la maladie découlant de l'augmentation de la prématurité et, ce qui importe davantage, elles font ressortir notre incapacité de réduire les naissances prématurées, qui demeure le plus important défi qui se pose aux pays industrialisés sur le plan de la périnatalité[25,26].

Réduire les naissances prématurées demeure le plus important défi qui se pose aux pays industrialisés sur le plan de la périnatalité.

Par ailleurs, la postmaturité a considérablement diminué ces dernières années, passant de 4,3 p. 100 de l'ensemble des naissances totales en 1988 à 1,8 p. 100 en 1997 (voir le chapitre 4). Cette diminution semble aussi attribuable aux interventions obstétriques et à l'évolution des modalités d'établissement de l'âge gestationnel. Le déclenchement du travail d'indication facultative est aujourd'hui la mesure de prise en charge recommandée pour les grossesses au-delà de la 41e semaine[27]. Des études récentes menées au Canada ont démontré que le recours accru à cette pratique facultative avait fait diminuer le taux de mortinaissance après terme, sans faire augmenter d'autre part le taux de césarienne[28]. Il semble toutefois y avoir d'importantes variations dans les taux de postmaturité selon les provinces et les territoires (voir le chapitre 4).

Santé maternelle

Les répercussions de la santé maternelle sont abordées au chapitre 3. Le ratio de mortalité maternelle au Canada a atteint 4,4 pour 100 000 naissances vivantes en 1993-1997 (comparativement à 8,2 pour 100 000 naissances vivantes en 1973-1977), et il est actuellement l'un des plus bas dans le monde. Les causes les plus fréquentes de décès maternel au Canada sont les troubles hypertensifs (9,1 pour 1 000 000 de naissances vivantes en 1993-1997), l'embolie pulmonaire (8,6 pour 1 000 000 de naissances vivantes en 1993-1997), l'hémorragie antepartum et postpartum (6,9 pour 1 000 000 de naissances vivantes en 1993-1997) et la grossesse ectopique (4,8 pour 1 000 000 de naissances vivantes en 1993-1997). Devant la rareté relative des décès maternels, il faudrait peut-être mettre au point un autre indicateur de santé maternelle. Le chapitre 3 fournit aussi des informations sur la morbidité maternelle grave et sur divers éléments liés au taux de réadmission de la mère après le congé de l'hôpital. Le taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital (pour des raisons comme l'hémorragie postpartum, la lithiase biliaire, l'infection puerpérale, etc.) après un

accouchement par voie vaginale sont demeurés stables à environ 2,5 pour 100 accouchements entre 1990 et 1997. Les taux de réadmissions suivant un accouchement par césarienne ont légèrement augmenté, passant de 3,2 pour 100 accouchements en 1990 à 3,9 en 1997. Comme ces taux ont été associés à un court séjour à l'hôpital (moins de 2 jours contre 5 jours)[29], sans doute faudrait-il réévaluer la pratique du congé précoce après l'accouchement par césarienne.

En 1989, 55 p. 100 des femmes ayant accouché par voie vaginale ont eu une épisiotomie; en 1997, ce taux avait chuté à 25 p. 100. Cette tendance marquée à la baisse (voir le chapitre 2) concorde avec les données récentes publiées dans la littérature médicale à l'effet que le recours courant à l'épisiotomie ne serait pas toujours justifié, et avec les changements afférents apportés à la pratique de l'obstétrique. Pendant cette période, les taux de lacération périnéale grave sont demeurés stables.

Comportements et habitudes durant la grossesse

Le chapitre 1 aborde une série de comportements et d'habitudes qui se manifestent au cours de la grossesse et suivant l'accouchement. Les taux d'allaitement maternel (et la durée de l'allaitement) variaient considérablement d'une région à l'autre du pays, les plus élevés étant observés dans l'Ouest (89 p. 100 en Colombie-Britannique comparativement à 58 p. 100 au Québec). En moyenne, environ 77 p. 100 des enfants nés au Canada au milieu des années 90 ont été allaités durant un certain temps. Le même gradient est-ouest a aussi été observé dans les taux de tabagisme au cours de la grossesse, 25 p. 100 des mères des provinces de l'Atlantique et du Québec ayant fumé durant leur grossesse comparativement à 19 p. 100 en Colombie-Britannique. Les données sur la consommation d'alcool durant la grossesse sont présentées au chapitre 1. Les taux accrus de naissances chez les mères âgées et les taux relativement faibles et stables de naissances chez les mères adolescentes sont aussi décrits.

Les taux d'allaitement maternel (et la durée de l'allaitement) varient considérablement d'une région à l'autre du pays, les plus élevés étant observés dans l'Ouest (89 p. 100 en Colombie-Britannique comparativement à 58 p. 100 au Québec). En moyenne, environ 77 p. 100 des enfants nés au Canada au milieu des années 90 ont été allaités durant un certain temps.

Services de santé

Le déclenchement du travail, l'accouchement chirurgical par voie vaginale et les taux d'accouchement par césarienne sont traités au chapitre 2. La récente augmentation des taux d'accouchement par césarienne (de 17,8 p. 100 en 1994 à 19,1 p. 100 en 1997) a été attribuée à l'augmentation des taux de césarienne primaire; on soutient au chapitre 2 qu'il est inutile d'étudier les tendances des taux bruts de césarienne si l'on ne tient pas compte en même temps des changements dans la parité et l'âge maternel. En 1997, les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale variaient grandement selon les provinces et les territoires. Les taux d'accouchement par forceps variaient d'un seuil de moins de 3 p. 100 d'accouchements par voie vaginale pratiqués dans les hôpitaux des territoires et du Manitoba, à un sommet de 8 p. 100 d'accouchements par voie vaginale dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario. L'extraction par ventouse était moins fréquente dans les Territoire du Nord-Ouest, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard (4 à 5 p. 100 d'accouchements par voie vaginale à l'hôpital) et plus fréquente en Saskatchewan et au Yukon (14 à 15 p. 100 d'accouchements par voie vaginale à l'hôpital).

Les services de santé ont connu des changements majeurs au Canada ces dernières années. La durée des séjours hospitaliers des nouveau-nés et des mères après l'accouchement a notamment diminué. Les données sur la proportion des nouveau-nés et des mères ayant obtenu leur congé de l'hôpital après un court

séjour suivant l'accouchement, les tendances dans le temps et les variations entre provinces et territoires ont été présentées ailleurs[30,31]; le chapitre 2 comprend aussi des mises à jour. En 1997, environ 29 p. 100 des nouveau-nés de poids normal à la naissance avaient obtenu leur congé de l'hôpital dans les 2 jours suivant l'accouchement (comparativement à 3,1 p. 100 en 1989). Le nombre de courts séjours des mères après un accouchement a également augmenté, tant pour les accouchements par voie vaginale (3,2 p. 100 de séjour < 2 jours en 1989 comparativement à 25,6 p. 100 en 1997) que pour les accouchements par césarienne (2,1 p. 100 de séjours de moins de 4 jours en 1989 comparativement à 25,6 p. 100 en 1997). Les conséquences de ces changements ont été documentées ailleurs[32,33]. Les chapitres 3 et 4 présentent les données récentes.

Un plan d'action

Les taux de référence : une stratégie pour améliorer la santé périnatale

Le chapitre 4 présente un cadre conceptuel pour la surveillance qui fait appel aux taux de référence pour déterminer les taux de surmortalité et les interventions directes en santé publique. Ainsi, en principe, si un segment de la population a atteint un niveau élevé dans une dimension particulière de la santé, on devrait pouvoir améliorer cette dimension dans d'autres segments. On a donc estimé les taux de référence de mortalité fœtale et infantile selon le poids à la naissance chez les mères québécoises ayant un niveau de scolarité élevé (étant donné que l'on sait que l'éducation a une incidence positive sur les issues périnatales)[34]. La population de référence est québécoise, étant donné que seul le Québec possède des informations sur le niveau de scolarité de toutes les mères. On a ensuite calculé les taux de mortalité fœtale et infantile selon le poids à la naissance pour chaque province et territoire, puis on les a comparés au taux de référence pour établir les taux de surmortalité. La classification des décès selon le poids à la naissance et l'âge au moment du décès permet de faire de vastes généralisations au sujet des composantes particulières de la santé maternelles et infantile qui pourraient être à l'origine de la surmortalité (p. ex. les soins maternels comparativement aux soins au nouveau-né).

L'attrait que présente cette approche de la surveillance tient à ce qu'elle donne au système de santé des orientations claires pour l'évaluation des programmes décentralisés, la planification des programmes et les interventions en santé publique. Par exemple, en présence d'un taux élevé de mortalité fœtale chez les bébés pesant 1 500 g ou plus dans une province ou un territoire (par rapport au taux de référence), on saura qu'il faut se pencher sur les soins à la mère dans la région. La surmortalité pourrait ainsi témoigner de problèmes liés à la rapidité de l'accès à des soins obstétriques de qualité (notamment dans les régions rurales). Elle pourrait aussi être attribuable à d'autres facteurs, comme des différences dans les taux de certains comportements durant la grossesse. Une étude rigoureuse pourrait tabler sur l'information contenue dans le présent rapport pour cerner les causes de la surmortalité dans une région donnée et aider à orienter les politiques de santé publique de façon à obtenir un impact maximal dans la sous-population qui a le plus besoin d'attention.

Sujets de préoccupation en santé périnatale

Bien que la situation actuelle de la santé périnatale au Canada se soit améliorée comparativement aux années précédentes, certaines inégalités persistent toujours entre des sous-populations. Malgré l'accès universel à l'assurance-santé, le statut socio-économique demeure encore un déterminant de la santé périnatale. En 1971, les taux de mortalité infantile étaient deux fois plus élevés dans les groupes à faible revenu des régions urbaines du Canada que dans les groupes les plus favorisés[35]. Deux décennies plus tard, cet écart semble s'être quelque peu estompé, mais il n'a pas disparu; en 1991, le risque de mortalité infantile était toujours 1,6 fois plus élevé dans les groupes à faible revenu que dans les groupes à revenu élevé[36].

Bien que la situation actuelle de la santé périnatale au Canada se soit améliorée comparativement aux années précédentes, certaines inégalités persistent toujours entre des sous-populations. Malgré l'accès universel à l'assurance-santé, le statut socio-économique demeure encore un déterminant de la santé périnatale.

Par ailleurs, la santé périnatale doit faire l'objet d'une attention particulière au sein des populations des Premières nations, des Métis et des Inuits. Les taux de mortinaissance et de mortalité périnatale chez les Indiens inscrits seraient environ deux fois plus élevés que la moyenne canadienne et deux fois et demie les taux pour l'ensemble du Canada chez les Inuits des Territoires du Nord-Ouest[37]. De même, le taux de mortalité infantile chez les Indiens inscrits et les Inuits a été estimé respectivement à environ 14 et 20 pour 1 000 naissances vivantes (alors qu'il est de 7 pour 1 000 naissances vivantes pour l'ensemble du Canada)[37]. Une étude[38] a demontré que les décès attribuables au syndrome de la mort subite du nourrisson étaient 5 fois plus nombreux chez les Premières nations que dans le reste de la population de Colombie-Britannique, et 10 fois plus nombreux en Alberta. Le Canada se doit de réduire ces inégalités en matière de santé périnatale (« un test pour son caractère national »)[39]. Il lui faudra trouver l'approche de promotion de la santé qui aide le plus les Autochtones à se prendre en charge et qui convient le mieux à leur culture[39].

Le taux brut de mortalité infantile a affiché une tendance inattendue au cours de la dernière décennie en Saskatchewan, passant de 7,6 (intervalle de confiance à 95 %, 6,4-9,1) pour 1 000 naissances vivantes en 1990[40] à 8,9 (intervalle de confiance à 95 %, 7,3-10,6) pour 1 000 naissances vivantes en 1997 (voir le chapitre 4), alors qu'il passait de 6,8 à 5,5 pour 1 000 naissances vivantes pour l'ensemble du Canada pendant la même période. Le phénomène a toutefois été observé à un stade précoce et la province de la Saskatchewan a mis sur pied diverses initiatives pour régler le problème.

Les différences régionales dans le recours à diverses interventions médicales (c.-à-d., différences entre les provinces et les territoires dans le recours aux forceps ou aux ventouses, dans les taux de postmaturité, etc.) doivent faire l'objet d'un examen de la part de la communauté des obstétriciens et être étudiées davantage. Certaines tendances temporelles sont préoccupantes, notamment l'augmentation, minime mais significative, des réadmissions des nouveau-nés à l'hôpital et des réadmissions des mères à l'hôpital à la suite d'accouchements par césarienne. Ces tendances donnent à penser qu'il faudrait peut-être effectuer une meilleure évaluation systématique des patients avant de leur accorder leur congé et réajuster en conséquence les politiques de courts séjours à l'hôpital concernant les mères et les nouveau-nés.

Le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse, de même que l'allaitement maternel et sa durée, sont des enjeux prioritaires sur le plan social et sur celui de la santé publique. À la lumière des taux absolus de ces indicateurs et des différences observées entre les régions, il apparaît nécessaire de mieux soutenir les programmes de santé publique visant à informer les femmes des effets de ces comportements particuliers au cours de la grossesse. En plus de diffuser de

l'information et de créer un climat social favorable à l'adoption de comportements sains, les programmes de santé publique doivent aussi soutenir et aider les femmes qui n'arrivent pas à abandonner des habitudes dommageables.

Secteurs à améliorer au niveau de la surveillance de la santé périnatale

La plupart des informations contenues dans ce rapport donnent une idée généralement exacte de la situation actuelle de la santé périnatale au Canada. Par exemple, le taux relativement élevé de postmaturité en Nouvelle-Écosse en 1997 (4,7 p. 100 des naissances totales (voir le chapitre 4) tiré de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) concorde avec le taux obtenu de la base de données périnatales Atlee de la Nouvelle-Écosse (4,2 p. 100 de tous les accouchements)[41].

Le SCSP tente, de concert avec Statistique Canada et l'ICIS, d'accroître le contenu des bases de données sur les statistiques nationales de l'état civil et sur les congés des patients, de façon à mieux répondre aux besoins de surveillance de santé périnatale.

Certaines variations régionales relevées dans le présent rapport pourraient cependant être dues au hasard ou à des différences dans la qualité des données. Le tri des informations, la corrélation des données avec l'information régionale provenant d'autres sources et la détermination des erreurs éventuelles devraient, avec le temps, permettre d'améliorer la qualité de la surveillance périnatale au pays. L'examen préliminaire des écarts entre les taux de syndrome de détresse respiratoire en Nouvelle-Écosse provenant des données de l'ICIS (10,7 pour 1 000 naissances vivantes en 1997, voir le chapitre 4) et de la base de données périnatales Atlee de la Nouvelle-Écosse (18,2 pour 1 000 naissances vivantes) est maintenant terminé[41]. Une étude de validation des données de l'ICIS et un examen plus poussé des écarts possibles au plan de l'information sont en cours.

En outre, ce rapport identifie clairement plusieurs secteurs où les données de surveillance sont insuffisantes pour quantifier et bien comprendre la situation de la santé périnatale. Au nombre des lacunes figurent les secteurs pour lesquels nous ne possédons que peu ou pas d'information pour l'ensemble du Canada (p. ex. le recours à la procréation assistée), ceux pour lesquels aucune donnée systématique n'est recueillie (p. ex. la parité par rapport aux taux de césarienne, les comportements et les expériences durant la grossesse et la période postpartum, comme la consommation de drogues, la dépression postpartum), et ceux pour lesquels la qualité des données systématiques laisse à désirer (p. ex. les données des années antérieures en Ontario). L'absence de données de surveillance systématique sur les Autochtones canadiens constitue également une grave lacune du système actuel de surveillance de la santé périnatale au Canada.

Le SCSP a mis en œuvre diverses initiatives pour tenter de combler certaines de ces lacunes. Il tente, de concert avec Statistique Canada et l'ICIS, d'accroître le contenu des bases de données sur les statistiques nationales de l'état civil et sur les congés des patients, de façon à mieux répondre aux besoins de surveillance de la santé périnatale. Il s'agit, en fait, de créer une base de données nationales qui recueille l'information critique pour la surveillance périnatale au moment opportun. Un autre projet consiste à réaliser régulièrement des enquêtes en vue de documenter les comportements et les habitudes durant la grossesse. On tente aussi (en collaboration avec Statistique Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada) de mettre au point un système national capable de rendre systématiquement compte de la mortalité fœtale et infantile au sein des Premières nations et des Inuits. La création d'un fichier clinique périnatal commun pour la collecte d'informations normalisées partout au pays figure également parmi les objectifs à long terme. Cependant, ces initiatives doivent être considérées comme complémentaires aux efforts mis en

œuvre dans les régions pour améliorer la qualité des données et accroître le volume des informations détaillées recueillies. Ces diverses initiatives permettront aux systèmes de santé régionaux de cerner plus rapidement les enjeux locaux, de se pencher sur les sujets de préoccupation régionaux et de s'attaquer aux inégalités relevées par la surveillance exercée au niveau national.

Conclusion

Ce rapport de surveillance met l'accent sur les diverses composantes de la santé périnatale au Canada. En dégageant les tendances pour les dernières années et en faisant état des différences régionales, il fournit aux praticiens et aux décideurs des informations qui les aideront à améliorer la santé périnatale. Il met également en évidence certaines lacunes au niveau de l'information sur la santé périnatale, qu'on s'efforce actuellement de combler. Ce rapport devrait favoriser l'amélioration de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données en soulignant à la fois les points forts et les points faibles de la surveillance de la santé périnatale au Canada.

Pour bien comprendre et améliorer la situation de la santé périnatale, il est essentiel de disposer d'un système de surveillance périnatale de grande qualité. Bien que l'information contenue dans ce rapport confirme la position enviable du Canada à ce chapitre, sous un angle global, plusieurs composantes particulières de la santé périnatale doivent encore bénéficier d'un meilleur appui. En ce sens, les données fournies dans le présent rapport devraient s'avérer utiles aux responsables des programmes de santé publique et aux personnes œuvrant dans le domaine de la santé périnatale.

Pour bien comprendre et améliorer la situation de la santé périnatale, il est essentiel de disposer d'un système de surveillance périnatale de grande qualité.

K.S. Joseph, M.D., Ph.D.
Professeur adjoint
Unité de recherche en épidémiologie périnatale
Départements d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie
Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Membre du Comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale

Références

1. Dzakpasu, S., Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C. The Matthew Effect: infant mortality in Canada and internationally, *Pediatrics* (2000), 106 : e5.
2. Howell, E.M., Blondel, B. International infant mortality rates: bias from reporting differences, *Am J Public Health* (1994), 84 : 850-2.
3. Sepkowitz, S. International rankings of infant mortality and the United States vital statistics natality data collecting system — failure and success, *Int J Epidemiol* (1995), 24 : 583-8.
4. Mitchell, A. Rising deaths among infants stun scientists, *Globe and Mail* [Toronto], le 2 juin 1995 : A4.
5. Joseph, K.S., Kramer, M.S. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 grams, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1996), 155 : 1047-52.
6. Svenson, L.W., Schopflocher, D.P., Sauve, R.S., Robertson, C.M. Alberta's infant mortality rate: the effect of the registration of live newborns weighing less than 500 g, *Revue canadienne de santé publique* (1998), 89 : 188-9.
7. Sauve, R.S., Robertson, C., Etches, P., Byrne, P.J., Dayer-Zamora, V. Before viability: A geographically based outcome study of infants weighing 500 grams or less at birth, *Pediatrics* (1998), 101 : 438-45.

8. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, 10e révision, volume 2, Genève : OMS (1993), 129-33.
9. Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C., Cyr, M., Fair, M., Ohlsson, A. et coll. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Gestational age- and birth weight-specific declines in infant mortality in Canada, 1985-94, *Paediatr Perinat Epidemiol* (sous presse).
10. Wen, S.W., Kramer, M.S., Liu, S., Dzakpasu, S., Sauve, R. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile. Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994, *Maladies chroniques au Canada* (2000), 21 : 14-22.
11. Wen, S.W., Liu, S., Joseph, K.S., Trouton, K., Allen, A. Regional patterns of infant mortality caused by lethal congenital anomalies. *Revue canadienne de santé publique* (1999), 90 : 316-9.
12. Wen, S.W., Liu, S., Joseph, K.S., Rouleau, J., Allen, A. Patterns of infant mortality caused by major congenital anomalies, *Teratology* (2000), 61 : 342-6.
13. Turner, L.A., McCourt, C. Folic acid fortification: what does it mean for patients and physicians?, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1998), 158 : 773-6.
14. Millar, W.J., Wadhera, S., Nimrod, C. Multiple births: trends and patterns in Canada, 1974-1990, *Rapports sur la santé* (1992), 4 : 223-50.
15. Kallen, B. Congenital malformations in twins: a population study, *Acta Genet Med Gemello Roma* (1986), 35 : 167-78.
16. Rodis, J.F., Egan, J.F., Craffey, A., Ciarleglio, L., Greenstein R.M., Scorza W.E. Calculated risk of chromosomal abnormalities in twin gestations, *Obstet Gynecol* (1990), 76 : 1037-41.
17. Bryan, E.M. The intrauterine hazards of twins, *Arch Dis Child* (1986), 61 : 1044-5.
18. Grobman, W.A., Peaceman, A.M. What are the rates and mechanisms of first and second trimester pregnancy loss in twins?, *Clin Obstet Gynecol* (1998), 41 : 37-45.
19. Petterson, B., Nelson, K.B., Watson, L., Stanley, F. Twins, triplets, and cerebral palsy in births in Western Australia in the 1980's, *Br Med J* (1993), 307 : 1239-43.
20. Fisk, N.M., Trew, G. Two's company, three's a crowd for embryo transfer, *Lancet* (1999), 354 : 1572-3.
21. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *The SOGC consensus statement on the management of twin pregnancies. Part two: Report of focus group on impact of twin pregnancies*, Barrett, J. (éditeur) (disponible sur Internet : www.sogc.org/multiple/sogcconsensus.htm).
22. Joseph, K.S., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Wen, S.W., Allen, A. et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994, *N Engl J Med* (1998), 339 : 1434-9.
23. Kramer, M.S., Demissie, K., Yang, H., Platt, R.W., Sauve, R., Liston, R. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality, *J Am Med Assoc* (2000), 284 : 843-9.
24. Kramer, M.S., Platt, R., Yang, H., Joseph, K.S., Wen, S.W., Morin, L. et coll. Secular trends in preterm birth: A hospital-based cohort study, *J Am Med Assoc* (1998), 280 : 1849-54.
25. Morrison, J.C. Preterm birth: a puzzle worth solving, *Obstet Gynecol* (1990), 76 : 5S-12S.
26. Creasy, R.K., Merkatz, I.R. Prevention of preterm birth: clinical opinion, *Obstet Gynecol* (1990), 76 : 2S-4S.
27. Crowley, P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library, Issue 1*, Oxford : Update Software (2000).
28. Sue-A-Quan, A.K., Hannah, M.E., Cohen, M.M., Foster, G.A., Liston, R.M. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1999), 160 : 1145-9.
29. Liu, S., Heaman, M., Kramer, M.S., Demissie, K., Turner, L. pour le Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles du Système canadien de surveillance périnatale. Association between length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal rehospitalization (soumis en vue d'une publication).

30. Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* (1998), 158 : 875-80.

31. Wen, S.W., Liu, S., Fowler, D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (1998), 89 : 115-9.

32. Liu, S., Wen, S.W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., McCourt, C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (2000), 91 : 46-50.

33. Liu, S., Heaman, M., Demissie, K., Wen, S.W., Marcoux, S., Kramer, M.S. Association between maternal readmission and obstetric conditions at childbirth: a case-control study. Présenté à l'occasion de la 13e réunion annuelle de la Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research, Seattle, Washington, juin 2000.

34. Chen, J., Fair, M., Wilkins, R., Cyr, M. et le Groupe d'études de la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale, Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec, *Rapports sur la santé* (1998), 10 : 53-64.

35. Wilkins, R., Adams, O., Branker, A. Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986, *Rapports sur la santé* (1989), 1 : 137-74.

36. Wilkins, R. Mortality by neighbourhood income in urban Canada, 1986-1991. Présentation aux membres de la Société canadienne d'épidémiologie et de biostatistiques, Terre-Neuve, Canada, août 1995.

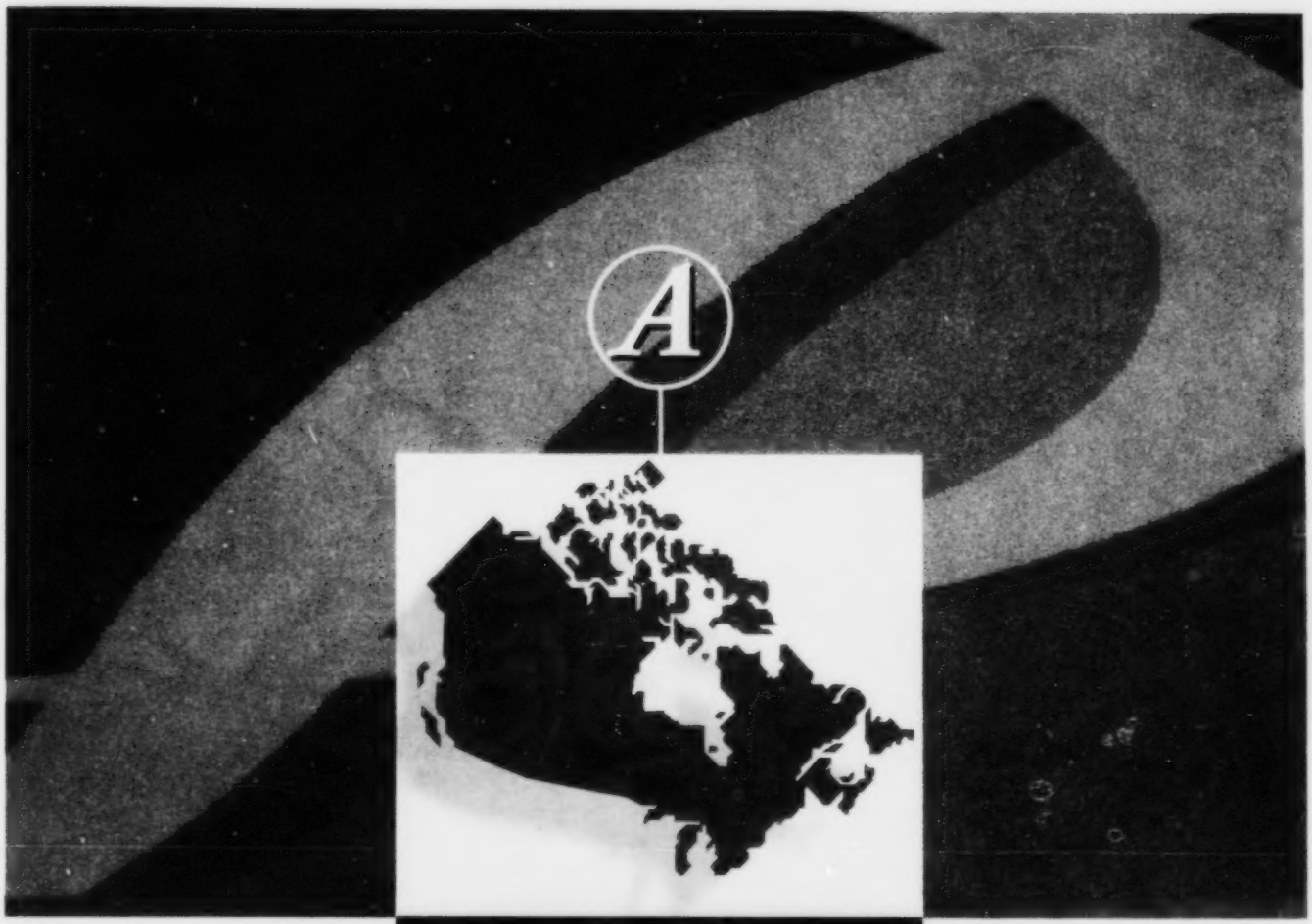
37. *Rapport final de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones*, Ottawa (1996) (disponible sur Internet : www.inac.gc.ca/ch/rcap/index_e.html).

38. *SIDS Fact Sheet.* Assemblée des Premières nations. National Indian Brotherhood (2000) (disponible sur Internet : www.afn.ca/Programs/Health%20Secretariat/sids_fact_sheet.htm).

39. Postl, B. Native heath: it's time for action, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1997), 157 : 165-6.

40. Centre canadien d'information sur la santé. *Naissances 1990*, Ottawa : Statistique Canada (1992) (Nº 82-003S14 au catalogue).

41. Reproductive Care Program of Nova Scotia. *Nova Scotia Atlee Perinatal Database Report: Maternal and Infant Dscharges from January 1- December 31, 1997*, Halifax (Nouvelle-Écosse) (2000).



A

Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

1 Comportements et habitudes

Prévalence du tabagisme pendant la grossesse

La prévalence du tabagisme prénatal est défini comme le nombre de femmes enceintes qui ont fumé la cigarette pendant la grossesse par rapport au nombre total des femmes enceintes (dans un lieu donné et à un moment donné).

La consommation de cigarettes pendant la grossesse peut avoir des effets nuisibles sur la santé de la mère, du fœtus et de l'enfant. Elle accroît le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de prématurité, d'avortement spontané et de mortinaissance[1-4], augmente le risque de mort subite du nourrisson, et a été associée à des problèmes de développement physique et intellectuel chez l'enfant. Le tabagisme prénatal est aussi associé à un risque accru de mortalité et de morbidité infantile lié, en partie, à l'incidence accrue de RCIU et de naissances prématurées.

Le rapport entre la consommation de cigarettes chez la mère et les issues défavorables de la grossesse tient à la quantité de cigarettes consommées et à la durée du tabagisme. Les femmes qui cessent de fumer avant de tomber enceintes ou au cours du premier trimestre de grossesse risquent moins d'accoucher d'un bébé hypotrophique que celles qui fument tout au long de la grossesse[4]. Bien que les femmes enceintes soient plus enclines à cesser de fumer ou à fumer moins que celles qui ne le sont pas, le tabagisme prénatal n'en demeure pas moins un important problème de santé publique. Il importe de continuer à promouvoir l'abandon du tabac chez les femmes en général et d'aider les fumeuses qui deviennent enceintes à cesser de fumer le plus tôt possible.

Comme nous ne possédons pas de données sur le tabagisme prénatal pour toutes les grossesses au Canada, nous avons estimé les taux à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1996-1997.

Bien que les femmes enceintes soient plus enclines à cesser de fumer ou à fumer moins que celles qui ne le sont pas, le tabagisme prénatal n'en demeure pas moins un important problème de santé publique.

Résultats

- En 1996-1997, les mères de 21,3 p. 100 des enfants de moins de trois ans au Canada ont déclaré avoir fumé durant leur grossesse. Dans 7 p. 100 des cas, elles ont déclaré avoir fumé plus de 10 cigarettes par jour. Parmi les fumeuses, 90,9 p. 100 ont affirmé avoir fumé au cours du troisième trimestre de la grossesse, période durant laquelle les effets indésirables sur le fœtus sont les plus lourds.

- Les jeunes mères ont été plus nombreuses à déclarer avoir fumé. En 1996-1997, 40,5 p. 100 (estimation fondée sur un échantillon de petite taille) des enfants dont la mère avait moins de 20 ans ont été exposés au tabac dans l'utérus, comparativement à 17,2 p. 100 de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus (Figure 1.1). On observe la même relation inverse entre le tabagisme et l'âge chez l'ensemble des femmes (non enceintes) au Canada.
- Les taux déclarés de tabagisme prénatal varient selon les régions à partir d'un seuil de 18,6 et 18,8 p. 100 en Colombie-Britannique et en Ontario respectivement, pour atteindre des sommets de 25,8 p. 100 au Québec et de 25,2 p. 100 dans les provinces de l'Atlantique (Figure 1.2).

Limites des données

Le fait de savoir que la pratique du tabagisme pendant la grossesse peut avoir des effets défavorables sur celle-ci pourrait avoir incité les femmes enceintes et les mères à sous-déclarer leurs habitudes de consommation de tabac[5]. Les taux de tabagisme prénatal au Canada sont donc probablement plus élevés que ceux présentés dans l'ELNEJ.

FIGURE 1.1 Prévalence du tabagisme pendant la grossesse selon l'âge de la mère, *Canada (à l'exception des territoires)*, 1996-1997*

Proportion des enfants de 0-3 ans dont la mère déclarait fumer pendant la grossesse

Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

* Les fichiers de microdonnées à grande diffusion ne contiennent pas de données pour les territoires.

** Les estimations pour ce groupe d'âge sont basées sur un échantillon de petite taille.

FIGURE 1.2 Prévalence du tabagisme pendant la grossesse, par région/province, *Canada (à l'exception des territoires)*, 1996-1997*

Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

* Les données pour les territoires ne figurent pas dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion.

Références

1. Edwards, N., Sims-Jones, N., Hotz, S. *Usage du tabac en période pré et post natale : Revue des documents de référence*, Ottawa : Santé Canada (1996).
2. Werler, M.M. Teratogen update: smoking and reproductive outcomes, *Teratology* (1997), 55 : 382-8.
3. Tuormaa, T.E. The adverse effects of tobacco smoking on reproduction and health: a review from the literature, *Nutr Health* (1995), 10 : 105-20.
4. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health (1990) (DHHS Publication No. (CDC) 90-8416).
5. Patrick, D.L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Dier, P., Koepsell, T., Kinne, S. The validity of self-reported smoking: a review and meta analysis, *Am J Public Health* (1994), 84 : 1086-93.

Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse

La prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse est définie comme le nombre de femmes enceintes qui consomment des boissons alcoolisées pendant la grossesse par rapport au nombre total de femmes enceintes (dans un lieu donné et à un moment donné).

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer des anomalies congénitales liées à l'alcool. Les anomalies congénitales associées à la consommation d'alcool, toutes graves, comprennent l'avortement spontané, le retard de croissance intra-utérin et le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), dont les effets s'avèrent particulièrement sérieux[1-3]. On remarque également d'autres types de problèmes, y compris les déficiences cognitives et les troubles de comportement, qui peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et dégrader considérablement la qualité de vie des individus. Les effets de la consommation d'alcool prénatale semblent dépendre d'une série de facteurs, dont la quantité d'alcool consommée, les étapes de la grossesse au cours desquelles la mère consomme de l'alcool, la capacité de la mère de métaboliser l'alcool et le profil génétique du fœtus[1,2]. Puisqu'on n'a pu déterminer ce qui constituait un taux sécuritaire de consommation d'alcool durant la grossesse, Santé Canada recommande toutefois aux femmes de s'abstenir de prendre des boissons alcoolisées si elles sont enceintes ou envisagent de le devenir[3].

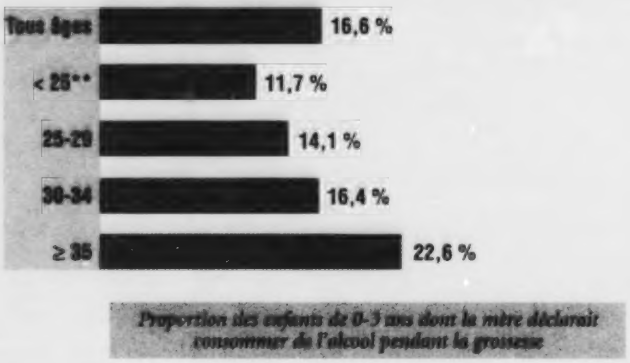
Comme nous ne possédons aucune donnée sur la consommation d'alcool pendant la grossesse pour toutes les grossesses au Canada, nous avons estimé les taux à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1996-1997.

En 1996-1997 au Canada, les mères de 16,6 p. 100 des enfants de moins de trois ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse.

Résultats

- En 1996-1997 au Canada, les mères de 16,6 p. 100 des enfants de moins de trois ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse. Ce pourcentage inclut toutes les mères qui ont déclaré avoir bu de l'alcool, indépendamment de la quantité consommée. Les anomalies congénitales sont probablement liées à une exposition chronique et intense à l'alcool plutôt qu'à un taux de consommation d'alcool bas et régulier[4,5]. Malheureusement, la proportion des enfants exposés de façon chronique et intense à l'alcool dans l'utérus n'a pu être déterminée de façon fiable à l'aide des données de l'ELNEJ.
- Les mères âgées étaient plus susceptibles de déclarer avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. En 1996-1997, 11,7 p. 100 des enfants dont la mère avait moins de 25 ans ont été exposés à l'alcool dans l'utérus comparativement à 22,6 p. 100 de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus (Figure 1.3). Selon les études antérieures, les épisodes de consommation excessive (consommation de cinq ou six verres en une seule occasion) seraient toutefois plus fréquents chez les jeunes femmes[6].
- Les taux déclarés de consommation d'alcool durant la grossesse varient selon les régions. Ils vont d'un seuil de 7,7 p. 100 dans les provinces de l'Atlantique (estimation fondée sur un échantillon de petite taille) à un sommet de 24,9 p. 100 au Québec (Figure 1.4).

FIGURE 13 **Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse selon l'âge de la mère,** *Canada (à l'exception des territoires)*, 1996-1997*

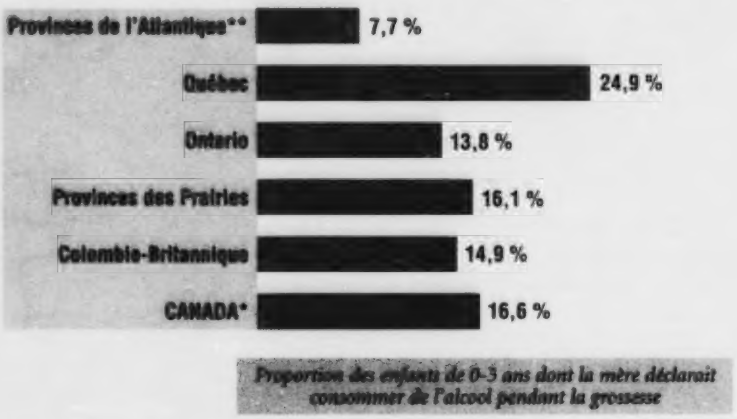


Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

* Les données pour les territoires ne figurent pas dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion.

** Il n'a pas été possible d'établir d'autres catégories d'âge à cause de la petite taille de l'échantillon.

FIGURE 14 **Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse, par région/province,** *Canada (à l'exception des territoires)*, 1996-1997*



Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

* Les données pour les territoires ne figurent pas dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion.

** Les estimations pour les provinces de l'Atlantique sont fondées sur un échantillon de petite taille.

Limites des données

Les enquêtes pourraient souffrir d'une sous-déclaration chronique de la consommation d'alcool prénatale étant donné qu'il est mal vu de boire durant la grossesse et que les dangers de l'alcool pour le fœtus sont bien connus[7]. Les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse sont probablement plus élevés que ceux que donne l'ELNEJ.

Références

1. Abel, E.L. (éditeur). *Fetal Alcohol Syndrome, from Mechanism to Prevention*, New York : CRC Press (1996).
2. Huebert, K., Rafts, C. *Fetal Alcohol Syndrome and Other Alcohol Related Birth Defects*, 2e édition, Edmonton : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (1996).
3. Santé Canada. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*, Ottawa : Santé Canada (octobre 1996) (Nº H39-348/1996F au catalogue).
4. Abel, E.L. "Moderate" drinking during pregnancy: cause for concern?, *Clin Chim Acta* (1996), 246 : 149-54.
5. Gladstone, J., Nulman, I., Koren, G. Reproductive risks of binge drinking during pregnancy, *Reprod Toxicol* (1996), 10 : 3-13.
6. Gladstone, J., Levy, M., Nulman, I., Koren, G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1997), 156 : 789-94.
7. Stoler, J.M., Huntington, K.S., Peterson, C.M., Peterson, K.P., Daniel, P., Aboagye, K.K. et coll. The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers, *J Pediatr* (1998), 133 : 346-52.

Prévalence de l'allaitement maternel

La prévalence de l'allaitement maternel est définie comme le nombre de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant et qui l'ont allaité par rapport au nombre total de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant (dans un lieu donné et à un moment donné).

Il a été largement prouvé que l'allaitement maternel présente des avantages pour l'enfant et pour la mère. Le lait humain protège le bébé contre les otites et les infections gastro-intestinales et respiratoires, en plus d'avoir été associé à un meilleur développement cognitif de l'enfant[1-3]. Chez les mères, il diminue le saignement suivant la délivrance et retarde la reprise de l'ovulation, ce qui permet d'espacer davantage les grossesses. Il a également été établi que les femmes qui allaitent ont une meilleure reminéralisation osseuse suivant la délivrance et qu'elles risquent moins d'avoir un cancer des ovaires ou un cancer du sein[1,2].

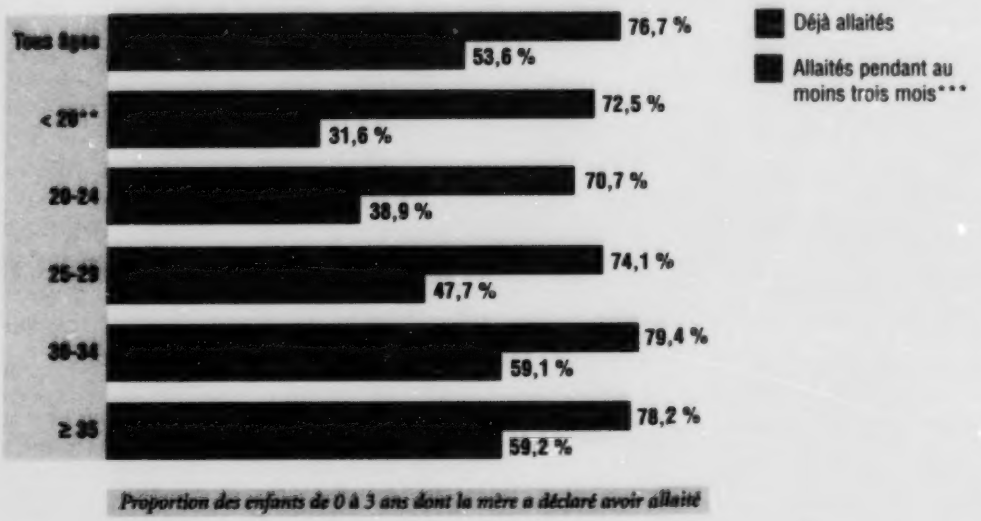
Les taux de prévalence de l'allaitement maternel ont été estimés à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1996-1997.

Il a été largement prouvé que l'allaitement maternel présente des avantages pour l'enfant et pour la mère. Le lait humain protège le bébé contre les otites et les infections gastro-intestinales et respiratoires, en plus d'avoir été associé à un meilleur développement cognitif de l'enfant.

Résultats

- En 1996-1997 au Canada, 76,7 p. 100 des enfants de moins de trois ans ont été allaités pendant un certain temps. Chez les enfants de trois mois à trois ans, 53,6 p. 100 l'ont été pendant au moins trois mois. La Société canadienne de pédiatrie (SCP), les Diététistes du Canada (DC) et Santé Canada recommandent le recours exclusif à l'allaitement maternel pendant au moins les quatre premiers mois de la vie, et le recours combiné à l'allaitement et à d'autres aliments jusqu'à ce que l'enfant ait atteint deux ans ou plus[2].
- Le taux d'allaitement maternel varie légèrement selon l'âge de la mère. Il était légèrement plus élevé chez les mères de 30 ans ou plus que chez les mères plus jeunes (Figure 1.5). La durée de l'allaitement augmentait aussi avec l'âge de la mère. Seulement 31,6 p. 100 des enfants de trois mois à trois ans nés de mères âgées de moins de 20 ans avaient été allaités pendant au moins trois mois comparativement à 59,2 p. 100 de ceux nés de mères âgés de 35 ans ou plus.
- Les taux d'allaitement varient selon les régions, allant d'un seuil de 57,7 p. 100 au Québec pour atteindre des sommets de 89,0 p. 100 en Colombie-Britannique et de 88,0 p. 100 dans les provinces des Prairies (Figure 1.6). Les mères qui vivent dans les régions où les taux d'allaitement sont élevés allaitent en général plus longtemps. Seulement 34,8 p. 100 des enfants âgés de trois mois à trois ans ont été allaités aussi longtemps au Québec, comparativement à 65,2 p. 100 en Colombie-Britannique.

FIGURE 1.5 **Prévalence de l'allaitement maternel selon l'âge de la mère,**
Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997*



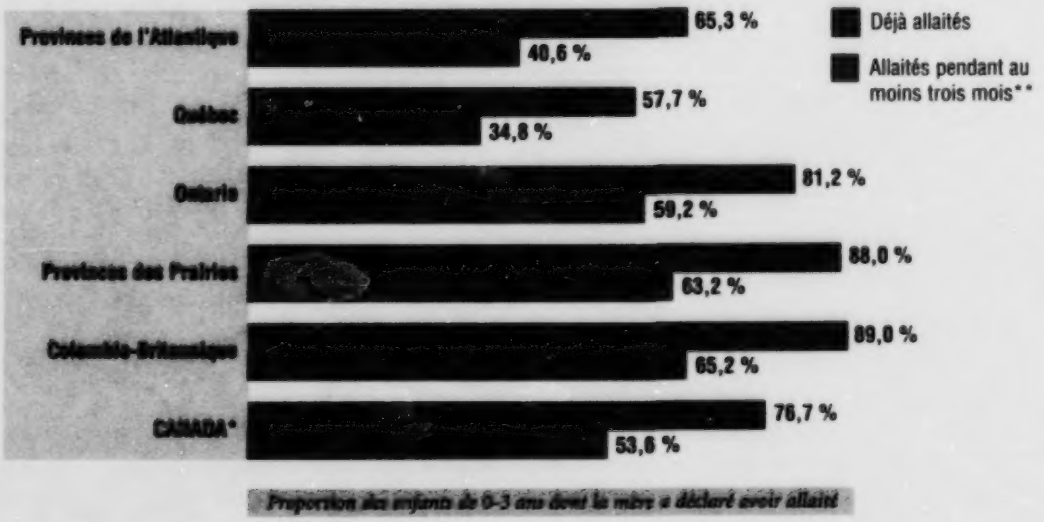
Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

* Les données pour les territoires ne figurent pas dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion.

** L'estimation de la proportion des enfants qui ont été allaités pendant au moins trois mois se fonde sur un échantillon de petite taille.

*** Les enfants âgés de moins de trois mois ont été exclus des calculs pour la catégorie « allaités pendant au moins trois mois ».

FIGURE 1.6 **Prévalence de l'allaitement maternel par région/province,**
Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997*



Source : Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

* Les données pour les territoires ne figurent pas dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion.

** Les enfants âgés de moins de trois mois ont été exclus des calculs pour la catégorie « allaités pendant au moins trois mois ».

Limites des données

L'ELNEJ ne demandait pas aux mères de préciser si l'allaitement maternel constituait la seule source alimentaire de l'enfant.

Références

1. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk, *Pediatrics* (1997), 100 : 1035-9.
2. Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (1998).
3. Comité canadien pour l'allaitement. *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement* (1996).

Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes

Le taux de naissance vivante selon l' âge chez les mères adolescentes est défini comme le nombre de naissances d'enfants vivants chez les mères âgées de 10 à 14 ou de 15 à 19 ans par tranche de 1 000 femmes du même groupe d'âge (dans un lieu donné et à un moment donné). Un indicateur connexe, la proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes, est défini comme le nombre de naissances d'enfants vivants chez les mères âgées de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans exprimé en pourcentage de l'ensemble des naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

La littérature scientifique met en évidence divers effets néfastes sur la mère et l'enfant des grossesses chez les adolescentes, y compris des effets biologiques et sociaux. En général, on note un recours tardif aux soins prénatals et un taux de recours plus faible à ces soins chez les adolescentes enceintes. Le taux de consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives s'avère plus élevé chez les adolescentes enceintes[1]. Une proportion relativement plus élevée d'adolescentes affirment être victimes d'abus sexuel et physique pendant la grossesse. Comparativement aux mères de 20 à 24 ans, les mères de 17 ans ou moins présentent un risque accru d'accoucher d'un bébé prématuré ou avec un retard de croissance intra-utérin[2]. Au nombre des autres problèmes connexes, citons la pré-éclampsie, l'anémie, l'infection urinaire et l'hémorragie du postpartum[3].

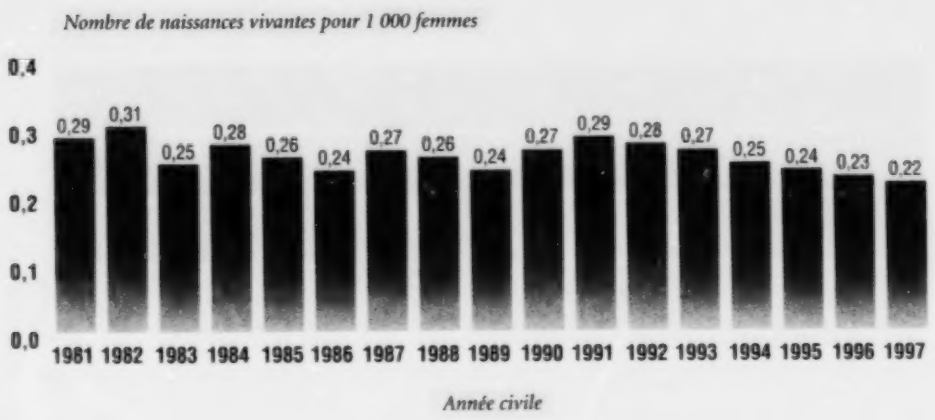
Comparativement aux mères de 20 à 24 ans, les mères de 17 ans ou moins présentent un risque accru d'accoucher d'un bébé prématuré ou avec un retard de croissance intra-utérin.

La proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes a été calculée à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Depuis 1981, le taux de natalité d'enfants vivants selon l'âge chez les adolescentes de 10 à 14 ans a légèrement baissé, passant d'un sommet de 0,29 pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge à un seuil de 0,22 pour 1 000 en 1997 (Figure 1.7).
- Chez les adolescentes plus âgées (15 à 19 ans), le taux de natalité d'enfants vivants selon l'âge a atteint des sommets au début des années 80, puis de nouveau au début des années 90 (Figure 1.8). Ce dernier sommet a également été observé aux États-Unis[4]. Depuis 1991, le taux de natalité d'enfants vivants chez les mères adolescentes de 15 à 19 ans a chuté, pour atteindre 19,9 naissances pour 1 000 femmes en 1997.
- En 1997, 5,6 p. 100 de tous les enfants nés vivants au Canada sont nés de femmes âgées de 15 à 19 ans, une baisse absolue de 2,5 p. 100 depuis 1981 (Figure 1.9). Les naissances vivantes chez les mères de moins de 15 ans représentent moins de 1 p. 100 de toutes les naissances vivantes au Canada.

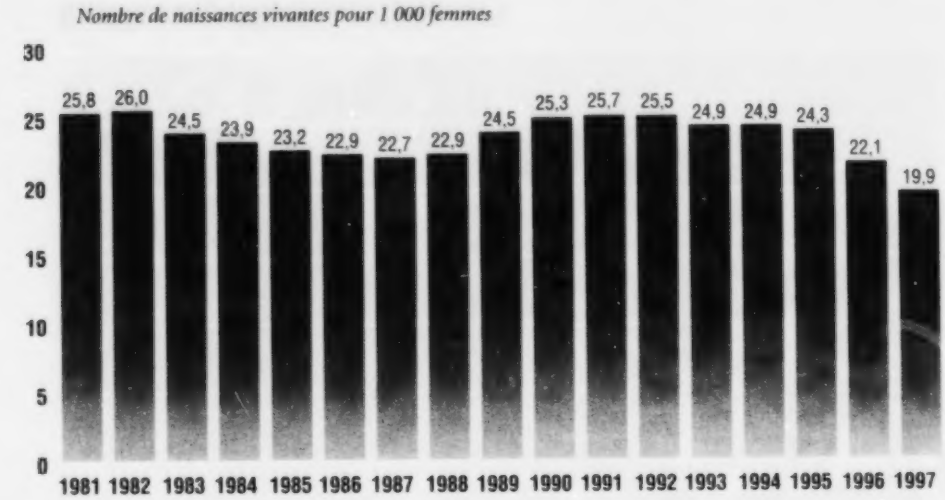
FIGURE 1.7 **Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 10 à 14 ans,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*



Sources : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.

* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

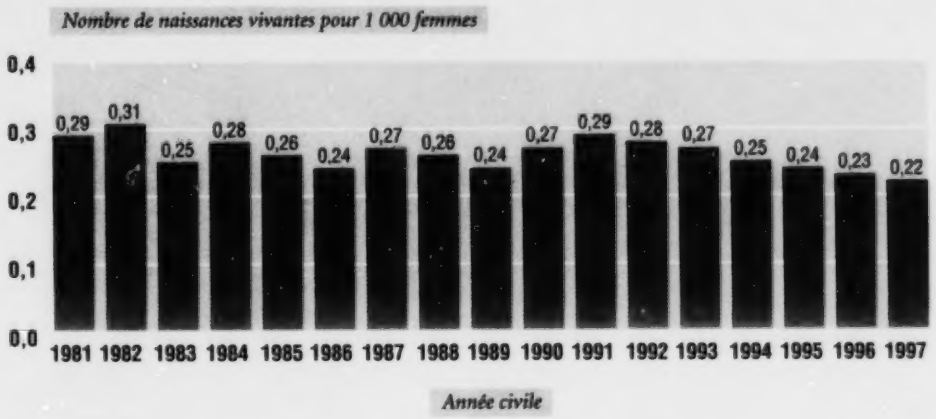
FIGURE 1.8 **Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 15 à 19 ans,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*



Sources : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.

* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

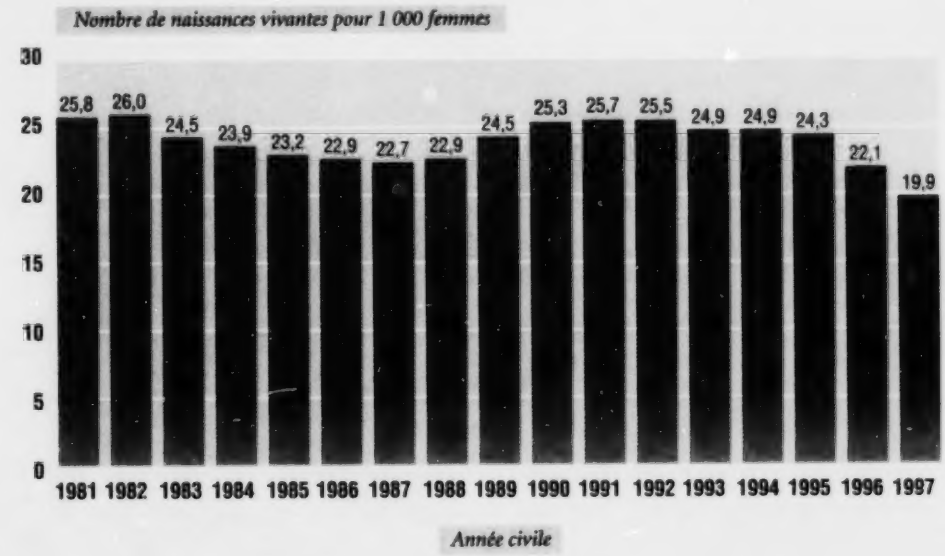
FIGURE 1.7 **Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 10 à 14 ans,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*



Sources : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.

* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

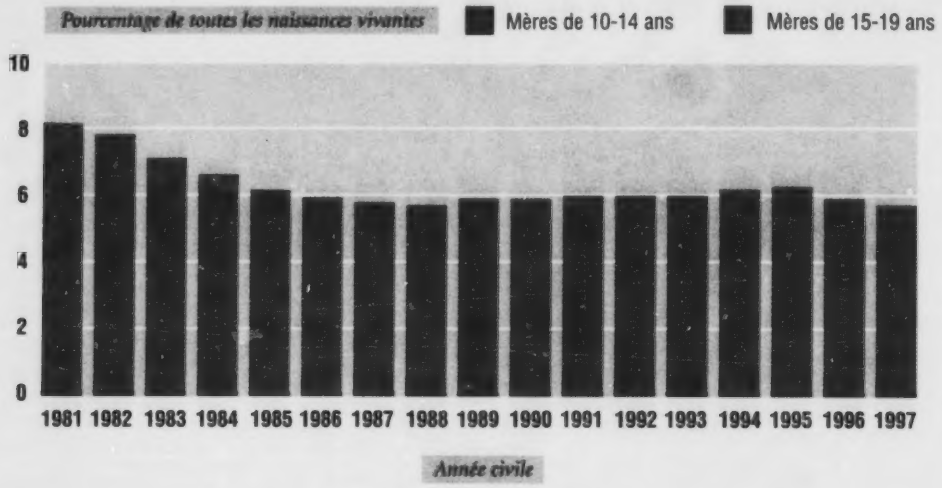
FIGURE 1.8 **Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 15 à 19 ans,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*



Sources : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.

* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

FIGURE 1.9 **Pourcentage de naissances vivantes chez les mères adolescentes,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1981-1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.

* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

Limites des données

Les données canadiennes sur l'âge maternel proviennent des certificats de naissance, dont quelques-uns omettent de mentionner l'âge de la mère. Les naissances enregistrées tardivement, les enfants morts-nés, les grossesses ectopiques et les avortements ne sont pas inclus dans les statistiques ci-dessus.

Références

1. Huizinga, D., Loeber, R., Thornberry, T.P. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity and pregnancy among children and youth in three cities, *Public Health Rep* (1993), 108 (S 1) : 90-6.
2. Fraser, A.M., Brockert, J.E., Ward, R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes, *N Engl J Med* (1995), 332 : 1113-7.
3. Miller, H.S., Lesser, K.B., Reed, K.L. Adolescence and very low birth weight infants: A disproportionate association, *Obstet Gynecol* (1996), 87 : 83-8.
4. Ventura, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., Mathews, T. J. Births: Final Data for 1997, *National vital statistics reports*, vol 47, n° 18, Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics (1999).

Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées

Le taux de naissances vivantes selon l'âge chez les mères agées est défini comme le nombre de naissances d'enfants vivants chez les mères âgées de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans ou de 45 ans ou plus, par tranche de 1 000 femmes du même groupe d'âge (dans un lieu donné et à un moment donné). Il existe un indicateur connexe, soit la proportion de naissances vivantes chez les mères âgées, définie comme le nombre de naissances d'enfants vivants chez les mères âgées de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans ou de 45 ans ou plus exprimé en pourcentage de l'ensemble des naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

Au Canada, la proportion des femmes qui remettent la procréation à plus tard a augmenté en flèche au cours des dernières années. Certaines données portent cependant à croire qu'une telle décision pourrait avoir des répercussions négatives sur la mère et sur l'enfant. Par exemple, l'incidence du syndrome de Down augmente avec l'âge de la mère, passant de moins de 1 pour 1 000 naissances à l'âge de 20 ans, à 2,5 à 3,9 pour 1 000 à 35 ans, à 8,5 à 13, 7 pour 1 000 à 40 ans, et à 28,7 à 52,3 pour 1 000 à 45 ans[1]. Certaines complications antepartum ont été associées au report de procréation, dont le risque accru d'avortement spontané, le diabète gestationnel, le diabète sucré, l'hypertension, d'autres affections chroniques[2], la pré-éclampsie, le placenta previa et l'hospitalisation avant la naissance[3]. Plus la mère est âgée, plus le risque de complications pendant le travail augmente, y compris la présentation anormale, la disproportion céphalopelvique, la prolongation et les troubles d'arrêt, le ralentissement intra-partum, le prolongement de la seconde phase[2], l'accouchement opératoire[3] et l'hémorragie postpartum.

Au Canada, la proportion des femmes qui remettent la procréation à plus tard a augmenté en flèche au cours des dernières années. Certaines données portent cependant à croire qu'une telle décision pourrait avoir des répercussions négatives sur la mère et sur l'enfant.

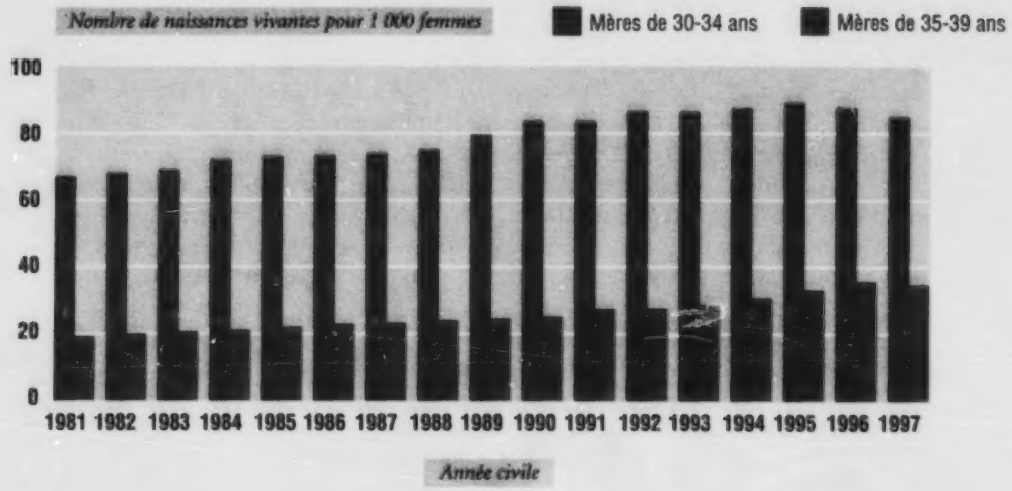
Les études révèlent par ailleurs que les bébés nés de mères âgées sont plus susceptibles d'être prématurés, d'accuser un retard de croissance intra-utérin, de souffrir de macrosomie, d'avoir un faible indice d'Apgar d'une minute et d'être admis aux soins intensifs néonatals. Selon des données récentes, il semblerait cependant que les mères âgées qui ont de saines habitudes de santé (p. ex., qui ne fument pas) et qui reçoivent de bons soins obstétriques ne sont pas plus exposées que d'autres à des complications comme l'accouchement prématuré et le retard de croissance intra-utérin[2,4].

La proportion de naissances vivantes chez les mères âgées a été calculée à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

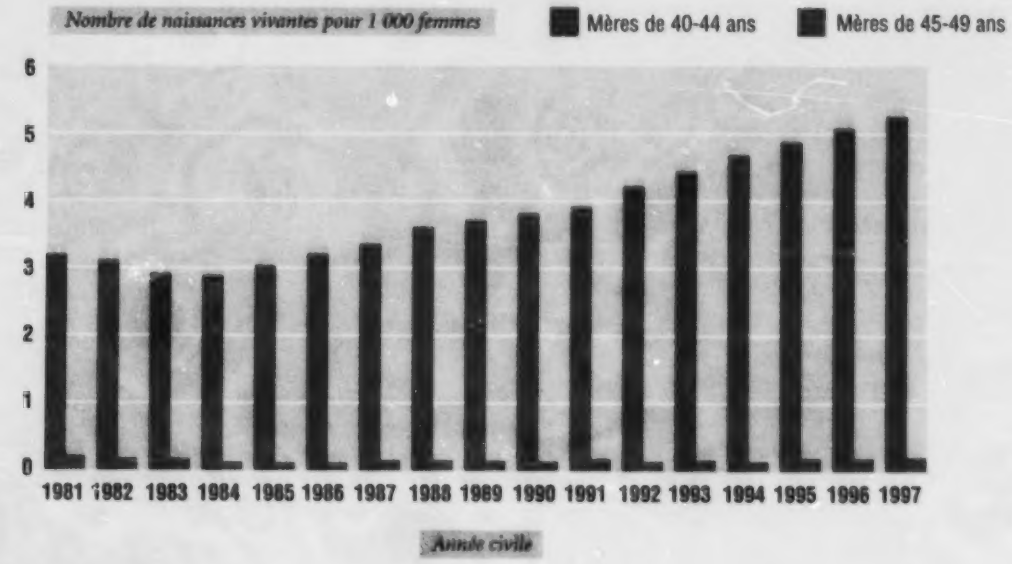
- Le taux de naissance vivante chez les mères âgées n'a cessé d'augmenter entre 1981 et 1997. Chez les femmes de 30 à 34 ans, il est passé de 66,9 pour 1 000 à 84,9 pour 1 000 (Figure 1.10). On a également observé des augmentations chez les groupes plus âgés (par exemple, chez les femmes de 40 à 44 ans, le taux est passé de 3,2 pour 1 000 en 1981 à 5,3 pour 1 000 en 1997) (Figure 1.11).
- La proportion de naissances vivantes chez les mères âgées a également constamment augmenté au cours des 17 dernières années. En 1997, 30,2 p. 100 de tous les enfants nés au Canada sont nés de femmes âgées de 30 à 34 ans; la proportion était de 12,4 p. 100 chez les femmes de 35 à 39 ans et de 1,9 p. 100 chez celles de 40 ans ou plus. En 1981, ces pourcentages s'établissaient respectivement à 18,8, à 4,3 et à 0,6 p. 100 (Figure 1.12).

FIGURE 1.10 **Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 30 à 39 ans,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*



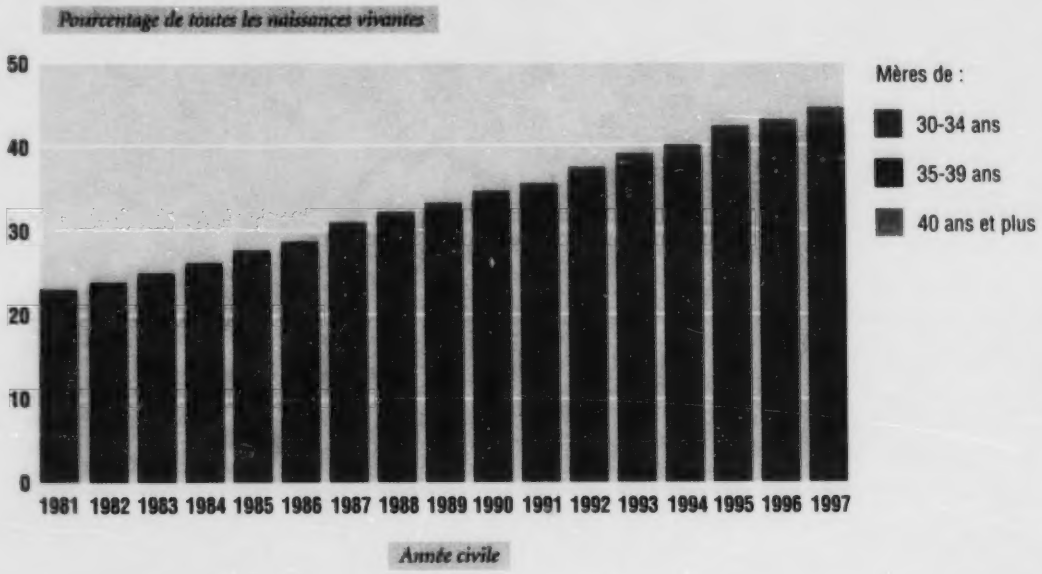
Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

FIGURE 1.11 **Taux de naissance vivante selon l'âge, mères de 40 à 49 ans,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

FIGURE 1.12 **Pourcentage de naissances vivantes chez les mères de 30 ans ou plus,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1981-1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Terre-Neuve a été exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

Limites des données

Les données canadiennes sur l'âge maternel proviennent des certificats de naissance, dont quelques-uns omettent de mentionner l'âge de la mère. Les naissances enregistrées tardivement, les enfants morts-nés, les grossesses ectopiques et les avortements ne sont pas inclus dans les statistiques ci-dessus.

Références

1. Hook, E.B. Rates of chromosomal abnormalities at different maternal ages, *Obstet Gynecol* (1981), 58 : 282-5.
2. Berkowitz, G.S., Skovron, M.L., Lapinski, R.H., Berkowitz, R.L. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy, *N Engl J Med* (1990), 322 : 659-64.
3. Leyland, A.H., Boddy, F.A. Maternal age and outcome of pregnancy, *N Engl J Med* (1990), 323 : 413-4.
4. Prysak, M., Lorenz, R.P., Kisly, A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older, *Obstet Gynecol* (1995), 85 : 65-70.

2 Services de santé

Taux de déclenchement du travail

Le taux de déclenchement du travail est défini comme le nombre de femmes qui accouchent et dont le travail a été déclenché à l'aide de moyens médicaux ou chirurgicaux (avant le début du travail) par rapport au nombre total de femmes qui accouchent (en un lieu donné et à un moment donné).

Le déclenchement du travail est une intervention obstétrique qui comporte certains risques potentiels pour la mère comme pour le fœtus, dont l'immaturité néonatale, l'hyperstimulation utérine et le prolongement de la durée du travail[1]. Dans certains cas, les risques auxquels la poursuite de la grossesse expose la mère et le fœtus s'avèrent plus graves que ceux liés au déclenchement du travail. Au nombre des indications du déclenchement figurent le retard de croissance intra-utérin, le diabète mal équilibré, le diabète insulino-dépendant, la rupture prolongée des membranes, le post-datisme, la pré-éclampsie grave et l'insuffisance rénale[1].

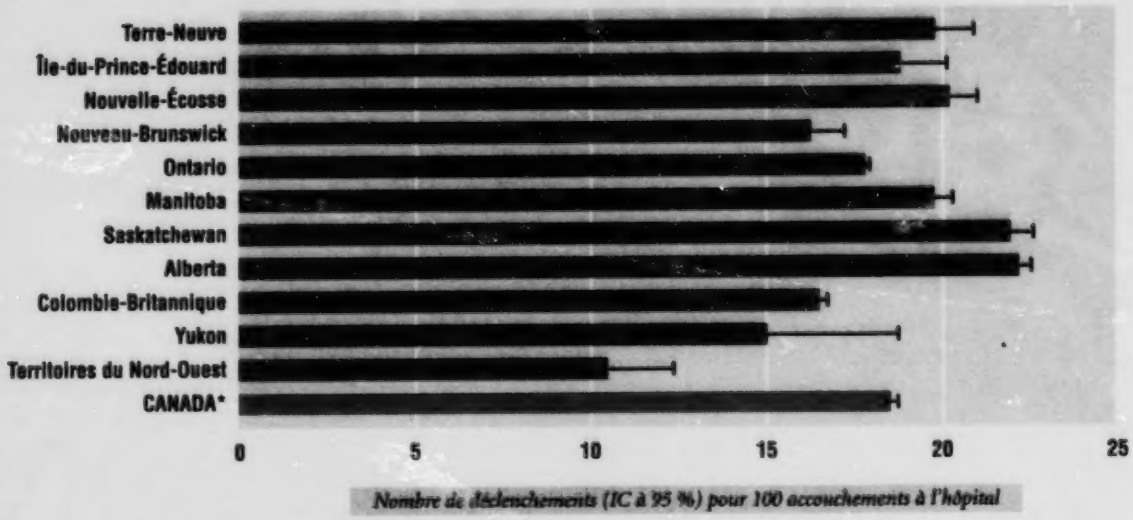
Les taux de déclenchement du travail ont été estimés à l'aide des données sur l'hospitalisation. Idéalement, ces taux devraient inclure les cas de travail déclenché à l'aide de moyens médicaux et à l'aide de moyens chirurgicaux. Les données présentées ici se limitent cependant aux seuls cas où l'on a eu recours à des moyens médicaux pour plusieurs raisons : d'abord, il est difficile de distinguer entre le déclenchement du travail et l'intensification lorsqu'on tient compte des méthodes chirurgicales; ensuite, ce n'est que pour une faible proportion de tous les déclenchements que l'on a uniquement recours à des moyens chirurgicaux; enfin, certaines compétences ne consignent que les méthodes médicales dans leurs dossiers.

Les taux de déclenchement du travail varient considérablement selon les provinces et territoires canadiens, progressant d'un seuil de 10,4 p. 100 dans les Territoires du Nord-Ouest à un sommet de 22,1 p. 100 en Alberta.

Résultats

- En 1997, le taux de déclenchement du travail s'élevait à 18,5 p. 100 au Canada. Ce taux se fonde sur les cas auxquels a été attribué le code de la Classification canadienne des interventions diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales (CCI) pour l'induction médicale du travail et concordent avec le taux de 10 à 25 p. 100 déjà estimé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada(SOGC)[2].
- Les taux de déclenchement du travail varient considérablement selon les provinces et territoires canadiens, progressant d'un seuil de 10,4 p. 100 dans les Territoires du Nord-Ouest à un sommet de 22,1 p. 100 en Alberta (Figure 2.1). Ces différences régionales pourraient être dues en partie à des variations dans la pratique clinique.

FIGURE 2.1 **Taux de déclenchement du travail, par province/territoire**
Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Limites des données

La difficulté que pose la détermination de la proportion de femmes dont le travail a été déclenché tient aux erreurs de distinction entre les femmes dont le travail a effectivement été déclenché et celles dont le travail déjà enclenché a été intensifié. L'intensification est définie comme une intervention médicale ou chirurgicale visant à faciliter un travail spontanément enclenché.

Références

1. Keirse, M.J.N.C., Chalmers, I. Methods of inducing labor. Dans : Chalmers, I., Enkin, M., Keirse, M.J.N.C. (éditeurs), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford : Oxford University Press (1989).
2. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Le déclenchement du travail, Directive clinique de la SOGC en obstétrique, numéro 23*, Ottawa : SOGC (1996).

Taux d'accouchement par césarienne

Le taux d'accouchement par césarienne (cés.) est défini comme le nombre d'accouchements par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements (dans un lieu donné et à un moment donné), exprimé en pourcentage. Le taux de césarienne primaire est défini comme le nombre de femmes qui accouchent pour la première fois par césarienne par rapport au nombre total de femmes qui n'ont jamais accouché par césarienne, exprimé en pourcentage; ce taux inclut les femmes primipares (c.-à-d. les femmes qui accouchent pour la première fois) et multipares (c.-à-d. celles qui ont déjà donné naissance à un ou plusieurs enfants) et qui n'ont pas eu de césarienne auparavant. Le taux de césarienne répétée est défini comme le nombre de femmes qui accouchent à nouveau par césarienne après avoir eu le même type d'accouchement auparavant par rapport au nombre total de femmes qui ont accouché par césarienne, exprimé en pourcentage.

La proportion des femmes qui ont accouché par césarienne est passée d'environ 5 p. 100 à près de 20 p. 100 au Canada et aux États-Unis entre la fin des années 60 et le début des années 80[1]. Au Canada, près de 20 p. 100 des accouchements se font aujourd'hui par césarienne[2]. Bien que ce taux en apparence élevé soit toujours préoccupant, à cause de l'augmentation potentielle des risques que courent les mères et de l'augmentation des coûts et de la durée des séjours à l'hôpital associée à l'intervention, il stagne au même niveau (entre 18 et 19 p. 100) depuis une quinzaine d'années, malgré tous les efforts qui ont été faits pour l'abaisser[2,3]. Au nombre des grandes stratégies adoptées pour l'abaisser, mentionnons la rédaction de lignes directrices cliniques relatives à la césarienne et les campagnes visant à inciter les femmes ayant déjà accouché par césarienne à tenter un accouchement par voie vaginale (un accouchement vaginal après césarienne ou AVAC)[4-9].

Les taux d'accouchement par césarienne ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation.

Entre 1994 et 1997, le taux d'accouchement par césarienne est passé de 17,8 à 19,1 p. 100. Cette hausse est attribuable à une augmentation du taux de césarienne primaire plus élevé parmi les femmes de 25 ans ou plus que parmi les femmes plus jeunes.

Résultats

- Entre 1994 et 1997, le taux d'accouchement par césarienne est passé de 17,8 à 19,1 p. 100 (Tableau 2.1). Cette hausse est attribuable à une augmentation du taux de césarienne primaire plus élevé chez les femmes de 25 ans ou plus que chez les femmes plus jeunes (Figure 2.2).
- Les femmes primipares risquent davantage d'accoucher par césarienne que les femmes qui donnent naissance à leur deuxième ou troisième enfant sans recourir à la césarienne. Les données de Statistique Canada pour la période de 1994 à 1997 font état d'une augmentation en pourcentage des premières naissances parmi les femmes âgées de 25 à 34 ans et parmi celles de 35 ans ou plus (Tableau 2.2). Durant la même période, ce pourcentage n'a pas augmenté chez les femmes de moins de 25 ans. Les légères augmentations en pourcentage des premiers accouchements chez les femmes des deux groupes d'âge supérieurs pourraient expliquer la hausse plus importante du taux de césariennes primaires dans ces deux groupes.

- La proportion de femmes ayant déjà eu une césarienne est passée de 9,3 à 10,0 p. 100 entre 1994 et 1997 (Tableau 2.1). Le phénomène pourrait cependant témoigner plus d'une tendance croissante à consigner les accouchements par césarienne antérieurs dans les dossiers de congés des hôpitaux que d'une réelle augmentation. Pendant la même période, le taux de césariennes répétées a quelque peu diminué, sans doute, en partie, à cause des campagnes visant à accroître le taux d'AVAC récemment mises en œuvre à titre de principale stratégie pour réduire le taux d'accouchement par césarienne.

Tableau 2.1 **Taux d'accouchement par césarienne (cés.) et pourcentage de femmes ayant déjà eu une césarienne,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*

Année	Cés. pour 100 acc. hôp (%)	Cés. primaires pour 100 acc. hôp (%)	% de femmes ayant déjà eu une cés.**	% de cés. répétées
1994-1995	17,8	12,6	9,3	68,6
1995-1996	18,0	12,8	9,7	66,5
1996-1997	18,6	13,4	9,9	66,5
1997-1998	19,1	13,8	10,0	66,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

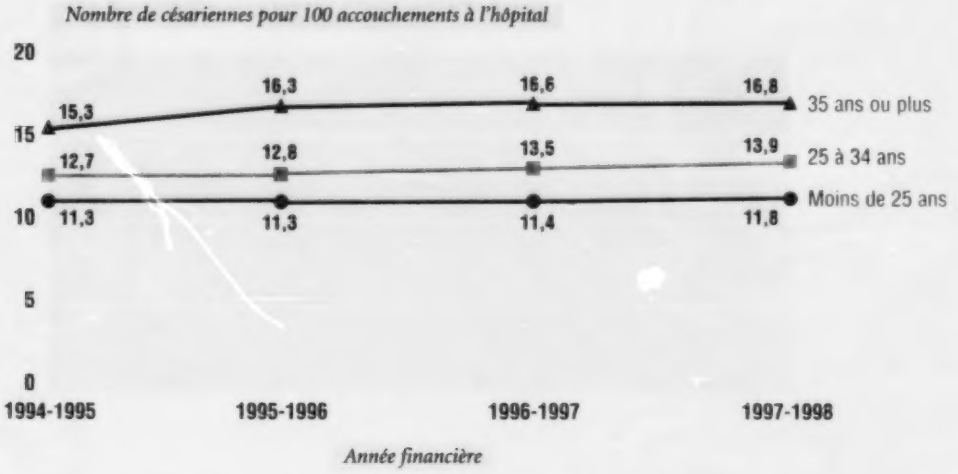
** La hausse graduelle du nombre de femmes ayant déjà accouché par césarienne qu'on observe peut résulter de la tendance accrue à consigner les accouchements par césarienne dans les dossiers de congés des hôpitaux.

Tableau 2.2 **Pourcentage de premières naissances selon l'âge de la mère,** *Canada, 1994-1997*

Année	Groupe d'âge (ans)		
	Moins de 25	25 à 34 ans	35 ans et plus
1994	63,5	38,3	24,7
1995	63,7	38,6	25,0
1996	63,5	38,9	25,5
1997	63,1	39,3	25,6

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1994-1997.

FIGURE 2.2 **Taux de césarienne (cés.) primaire selon l'âge de la mère,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Limites des données

Comme les femmes qui donnent naissance à leur premier bébé risquent davantage d'accoucher par césarienne, en particulier celles qui accouchent pour la première fois à un âge avancé, et comme on observe chez les femmes une tendance durable à différer la venue du premier enfant, il est préférable de faire des ajustements pour tenir compte de ces deux facteurs lorsqu'on examine les tendances dans le temps. Nous n'avons pu ici faire d'ajustements pour l'âge de la mère et la parité, étant donné que la parité n'est pas consignée dans la BDCP.

Une autre limite possible tient à ce que le dénominateur utilisé dans le calcul des taux d'accouchement par césarienne donnés ci-dessus ne comprend que les accouchements pratiqués à l'hôpital. Bien que le nombre d'accouchements hors de l'hôpital soit peu élevé, les variations temporelles de ce nombre pourraient faire varier les taux d'accouchement par césarienne quoique vraisemblablement, dans une faible mesure.

On n'a pu calculer les taux de césariennes primaires et répétées pour les années antérieures à 1994 à l'aide des données de la BDCP car avant cette date, celle-ci ne précisait pas s'il s'agissait d'un accouchement vaginal après césarienne.

- La proportion de femmes ayant déjà eu une césarienne est passée de 9,3 à 10,0 p. 100 entre 1994 et 1997 (Tableau 2.1). Le phénomène pourrait cependant témoigner plus d'une tendance croissante à consigner les accouchements par césarienne antérieurs dans les dossiers de congés des hôpitaux que d'une réelle augmentation. Pendant la même période, le taux de césariennes répétées a quelque peu diminué, sans doute, en partie, à cause des campagnes visant à accroître le taux d'AVAC récemment mises en œuvre à titre de principale stratégie pour réduire le taux d'accouchement par césarienne.

Tableau 2.1 **Taux d'accouchement par césarienne (cés.) et pourcentage de femmes ayant déjà eu une césarienne,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*

Année	Cés. pour 100 acc. hôp (%)	Cés. primaires pour 100 acc. hôp (%)	% de femmes ayant déjà eu une cés.**	% de cés. répétées
1994-1995	17,8	12,6	9,3	68,6
1995-1996	18,0	12,8	9,7	66,5
1996-1997	18,6	13,4	9,9	66,5
1997-1998	19,1	13,8	10,0	66,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

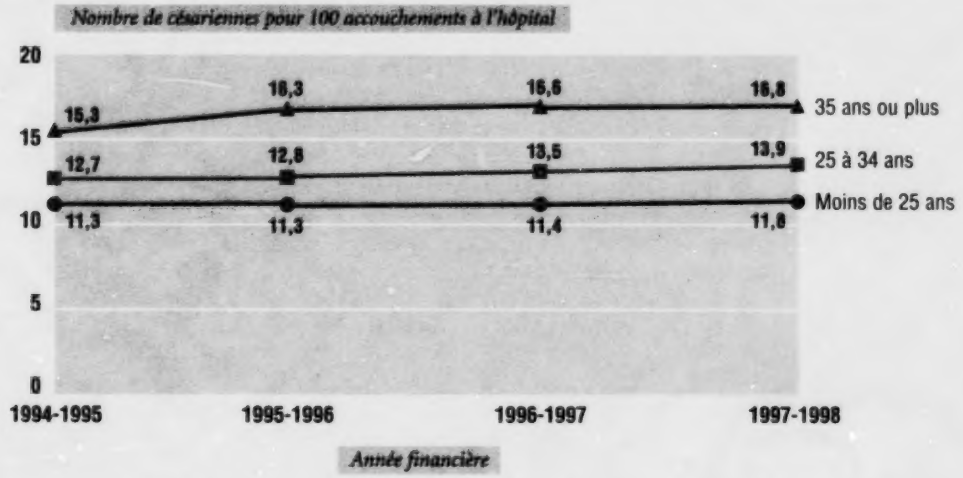
** La hausse graduelle du nombre de femmes ayant déjà accouché par césarienne qu'on observe peut résulter de la tendance accrue à consigner les accouchements par césarienne dans les dossiers de congés des hôpitaux.

Tableau 2.2 **Pourcentage de premières naissances selon l'âge de la mère,** *Canada, 1994-1997*

Année	Groupe d'âge (ans)		
	Moins de 25	25 à 34 ans	35 ans et plus
1994	63,5	38,3	24,7
1995	63,7	38,6	25,0
1996	63,5	38,9	25,5
1997	63,1	39,3	25,6

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1994-1997.

FIGURE 2.2 **Taux de césarienne (cés.) primaire selon l'âge de la mère,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Limites des données

Comme les femmes qui donnent naissance à leur premier bébé risquent davantage d'accoucher par césarienne, en particulier celles qui accouchent pour la première fois à un âge avancé, et comme on observe chez les femmes une tendance durable à différer la venue du premier enfant, il est préférable de faire des ajustements pour tenir compte de ces deux facteurs lorsqu'on examine les tendances dans le temps. Nous n'avons pu ici faire d'ajustements pour l'âge de la mère et la parité, étant donné que la parité n'est pas consignée dans la BDCP.

Une autre limite possible tient à ce que le dénominateur utilisé dans le calcul des taux d'accouchement par césarienne donnés ci-dessus ne comprend que les accouchements pratiqués à l'hôpital. Bien que le nombre d'accouchements hors de l'hôpital soit peu élevé, les variations temporelles de ce nombre pourraient faire varier les taux d'accouchement par césarienne quoique vraisemblablement, dans une faible mesure.

On n'a pu calculer les taux de césariennes primaires et répétées pour les années antérieures à 1994 à l'aide des données de la BDCP car avant cette date, celle-ci ne précisait pas s'il s'agissait d'un accouchement vaginal après césarienne.

Références

1. Notzon, F.C., Placek, P.J., Taffel, S.M. Comparisons of national cesarean-section rates, *N Engl J Med* (1987), 316 : 386-9.
2. Millar, W.J., Nair, C., Wadhera, S. Diminution du taux des césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre?, *Rapports sur la santé* (1996), 8 : 17-24.
3. Nair, C. Tendances au niveau des césariennes au Canada, *Rapports sur la santé* (1991), 3 : 203-19.
4. Helewa, M. Caesarean sections in Canada: what constitutes an appropriate rate?, *J Soc Obstet Gynaecol Can* (1995), 17 : 237-46.
5. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dystocie. Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1995).
6. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Accouchement vaginal après césarienne, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1993).
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1994).
8. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitorage fœtal pendant le travail — Parties 1 à 4, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1995).
9. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitorage fœtal pendant le travail, Conclusion, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1996).

Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale

Le taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale est défini comme le nombre d'accouchements par voie vaginale effectués à l'aide de forceps ou de l'extraction par ventouse par rapport au nombre total d'accouchements par voie vaginale (dans un lieu donné et à un moment donné).

Un accouchement chirurgical par voie vaginale réussi peut comporter des avantages pour la mère et pour l'enfant; son usage indu peut cependant être dommageable. Le choix des forceps ou de l'extraction par ventouse a jusqu'à présent reposé avant tout sur la tradition et sur la formation[1,2]. On note en Amérique du Nord une tendance à abandonner le recours au forceps au profit de l'extraction par ventouse, les résultats d'essais randomisés ayant démontré que cette dernière méthode cause moins de traumatismes aux mères et aux nourrissons[2-3]. Ces essais étaient toutefois de trop petite envergure pour permettre d'évaluer certaines issues de grossesse rares et importantes, comme les hémorragies intracrâniennes et la mortalité chez les bébés. Il importe donc de surveiller, dans le cadre de la pratique de routine, les conséquences de l'accouchement sur le bébé suivant l'utilisation des forceps et des ventouses.

Les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation.

En 1997, les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale variaient considérablement selon les provinces et les territoires du Canada.

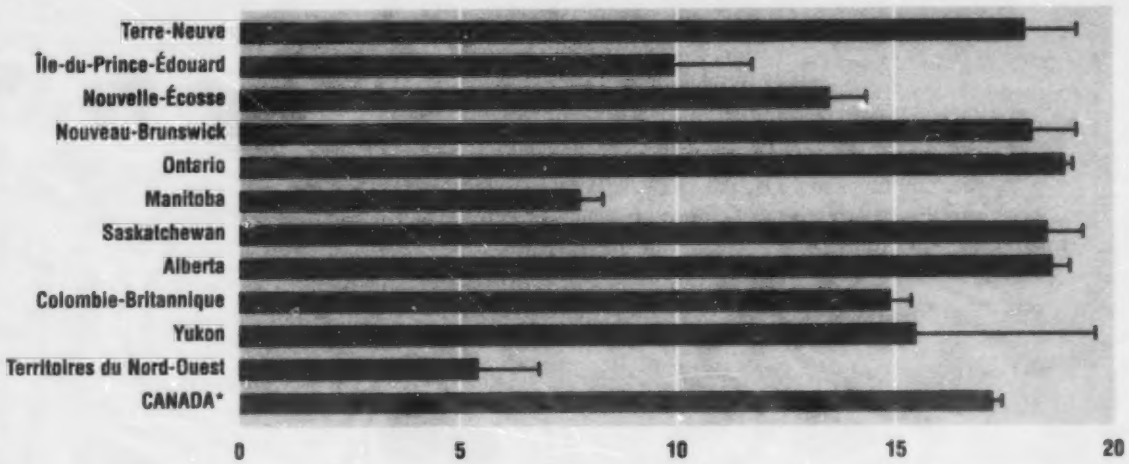
Résultats

- En 1997 au Canada, le taux global d'accouchement chirurgical par voie vaginale s'élevait à 17,2 p. 100. Le taux de recours aux forceps s'établissait à 7,4 p. 100 et celui de l'extraction par ventouse, à 10,5 p. 100. L'écart entre le taux global et le total des taux individuels de recours aux forceps et aux ventouses s'explique par les accouchements ayant donné lieu à la fois à l'usage des forceps et des ventouses.
- En 1997, les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale variaient considérablement selon les provinces et les territoires du Canada (Figures 2.3, 2.4, 2.5). Ces différences régionales pourraient être attribuables, en partie, à des variations dans la pratique clinique.

Limites des données

Les taux d'accouchement par voie vaginale ont été calculés à partir des données sur les congés des patients. Comme les accouchements par manœuvre instrumentale sont considérés comme des interventions mineures, il se peut que le codage de ces interventions ne soit pas aussi complet que celui des interventions majeures (p. ex. un accouchement par césarienne).

FIGURE 2.3 **Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*



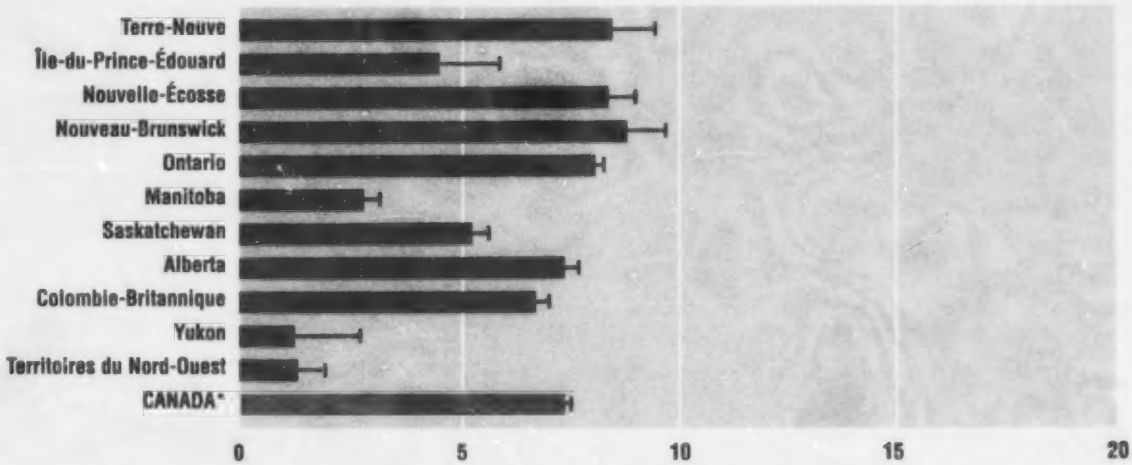
Nombre d'accouchements chirurgicaux par voie vaginale (IC à 95 %) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 2.4 **Taux d'accouchement par voie vaginale par forceps, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*



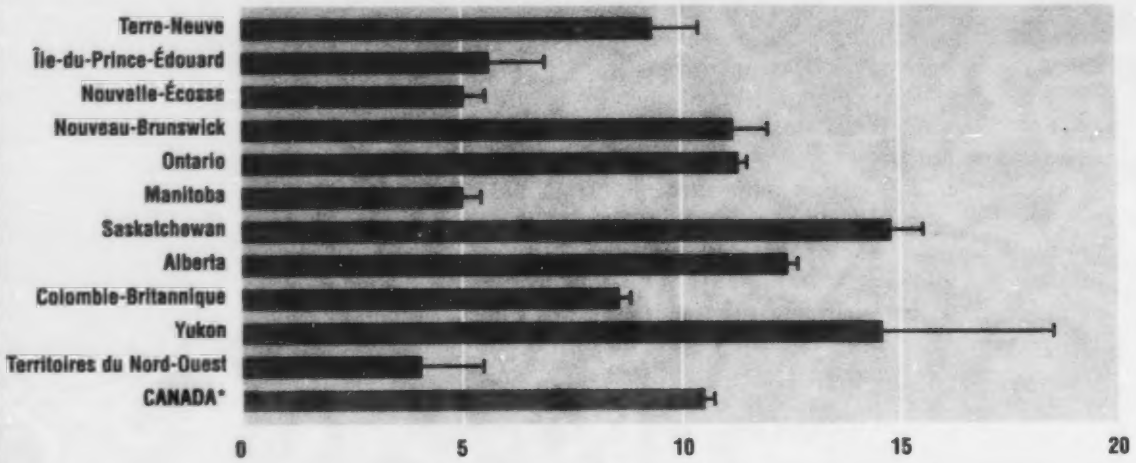
Nombre d'accouchements par forceps (IC à 95 %) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 2.5 **Taux d'accouchement par voie vaginale par extraction par ventouse, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*



Nombre d'accouchements par extraction par ventouse (IC à 95 %) pour 100 accouchements par voie vaginale à l'hôpital

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. Éditorial. Vacuum versus forceps, *Lancet* (1984), i : 144.
2. Johanson, R.B. Vacuum extraction versus forceps delivery. Dans : Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., Neilson, J. (éditeurs), The Cochrane Collaboration: Pregnancy and Childbirth Database (1994), Disk Issue I.
3. Johanson, R.B., Rice, C., Doyle, M., Arthur, J., Anyanwu, L., Ibrahim, J. et coll. A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery, *Br J Obstet Gynaecol* (1993), 100 : 524-30.

Taux de traumatisme périnéal

Le taux de traumatisme périnéal est défini comme le nombre de femmes qui ont eu une épisiotomie ou dont l'accouchement a provoqué une déchirure du périnée du premier, second, troisième ou quatrième degré par rapport au nombre total de femmes qui ont accouché par voie vaginale (dans un lieu donné et à un moment donné).

Même si l'épisiotomie constitue l'une des interventions chirurgicales les plus courantes de la médecine occidentale, rien ne semble justifier qu'elle soit abondamment ou systématiquement pratiquée[1,2]. Le traumatisme périnéal peut entraîner des problèmes de santé à court et à long terme. Les déchirures spontanées du périnée peuvent être mineures et ne pas exiger de points de suture. Elles peuvent aussi être graves s'il y a des déchirures du quatrième degré qui s'étendent jusqu'à la muqueuse rectale, mettant à nu la lumière du rectum. Les taux de traumatisme sont toujours plus élevés dans le cas des premiers accouchements vaginaux et des accouchements avec recours aux instruments[3]. Le traumatisme périnéal peut entraîner des problèmes de santé à court terme, comme la douleur et l'hémorragie. Parmi les problèmes qu'il peut occasionner à long terme figurent la douleur prolongée et les troubles intestinaux, urinaires et sexuels[3].

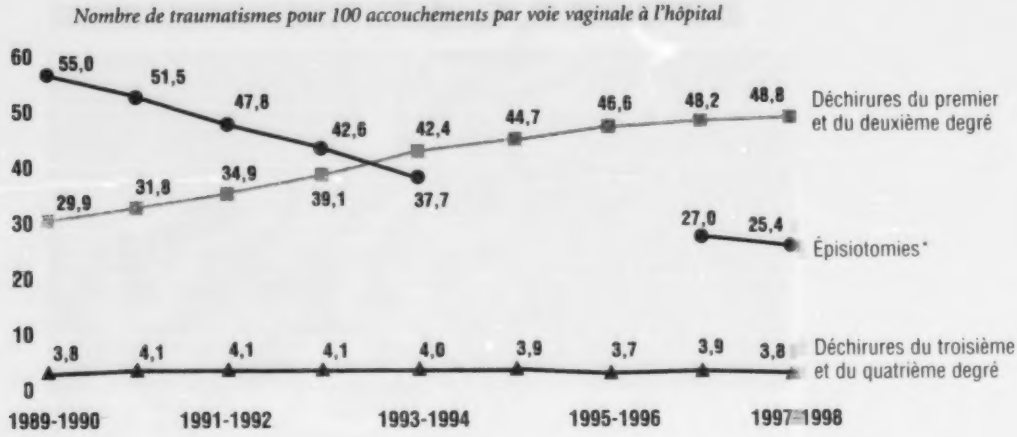
Les taux de traumatisme périnéal ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation.

Résultats

La baisse observée dans le taux d'épisiotomie entre 1989 et 1997 est attribuable à des changements dans la pratique obstétrique.

- En 1997, le taux d'épisiotomie au Canada était de 25,4 pour 100 accouchements vaginaux. La baisse observée dans le taux d'épisiotomie entre 1989 et 1997 (Figure 2.6) est attribuable à des changements dans la pratique obstétrique. Ces changements pourraient témoigner de la réaction aux recherches qui ont révélé que le recours systématique à cette intervention n'est pas justifié.
- L'augmentation des taux de lacération pendant la même période pourrait être attribuable à la diminution du recours à l'épisiotomie ou à une déclaration accrue des cas de lacérations. Les lacérations dont le nombre a augmenté sont les lacérations du premier et du deuxième degré (Figure 2.6). Il faut souligner que la diminution du recours à l'épisiotomie ne s'est pas traduit par une augmentation du nombre de lacérations plus graves du troisième et du quatrième degré.
- Les taux provinciaux et territoriaux d'épisiotomie pour 1997 variaient de 6,0 p. 100 accouchements par voie vaginale au Yukon, à 35,1 p. 100 des accouchements vaginaux à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 2.7). Ces variations régionales pourraient être attribuables, en partie, à des variations dans la pratique clinique.

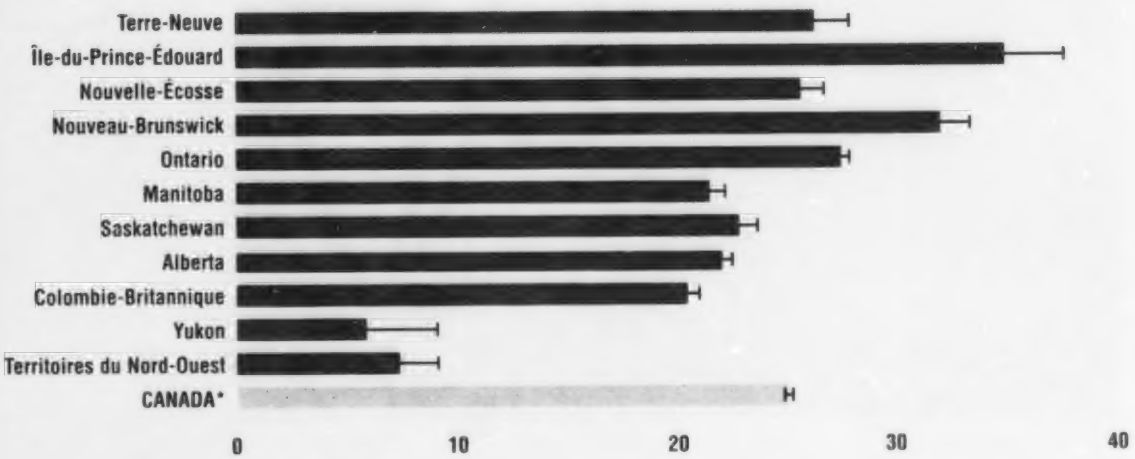
FIGURE 2.6 **Taux de traumatisme périnéal lié à une épisiotomie et à une déchirure du périnée,** *Canada*, 1989-1990 à 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients. 1989-1990 à 1997-1998.
Graham et coll. (1997)[1].

* Les données sur les épisiotomies pour 1996-1997 et 1997-1998 et toutes les données sur les déchirures excluent la Nouvelle-Écosse, le Québec et le Manitoba. On ne possède aucune donnée sur les épisiotomies pour 1994-1995 et pour 1995-1996.

FIGURE 2.7 **Taux d'épisiotomie, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

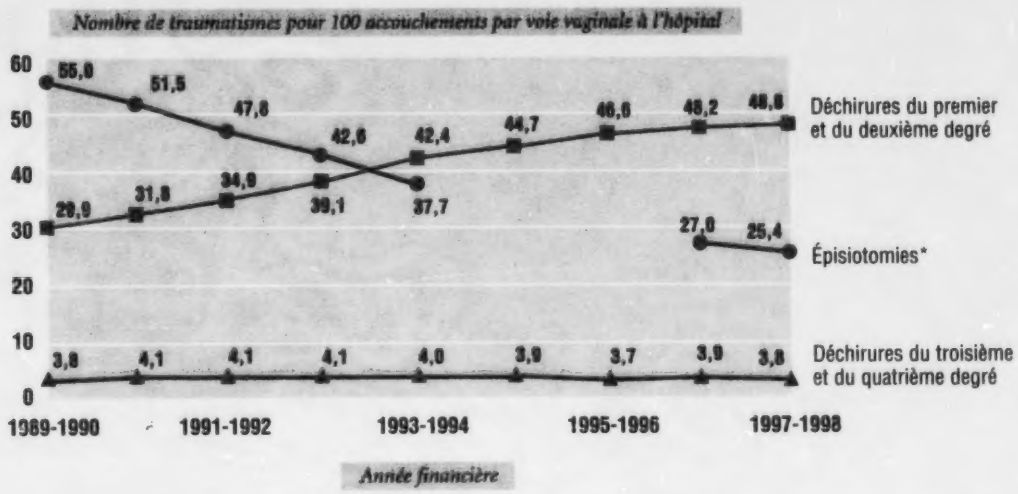


Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients. 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database. 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

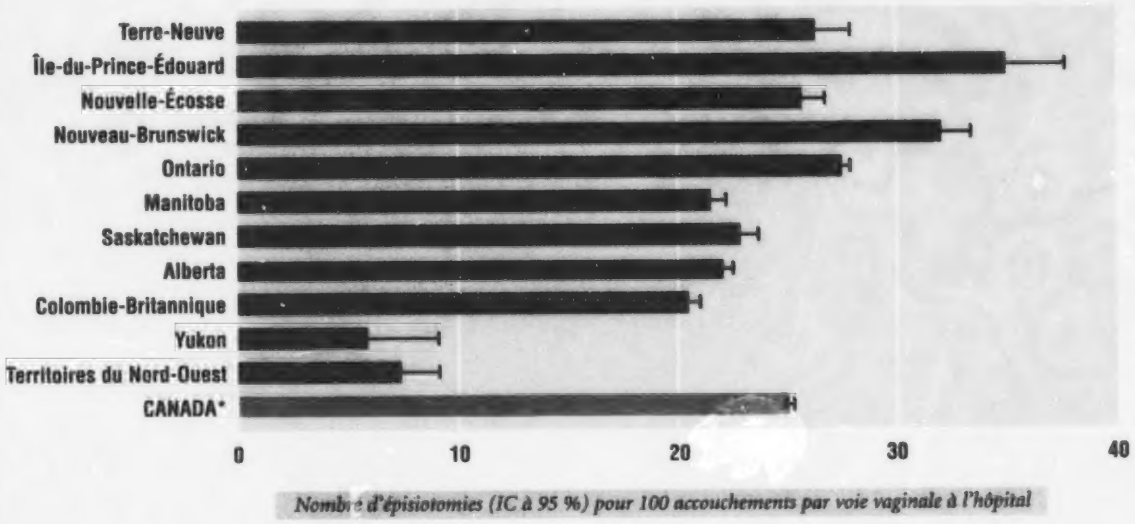
FIGURE 2.6 **Taux de traumatisme périnéal lié à une épisiotomie et à une déchirure du périnée,** *Canada*, 1989-1990 à 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.
Graham et coll. (1997)[1].

* Les données sur les épisiotomies pour 1996-1997 et 1997-1998 et toutes les données sur les déchirures excluent la Nouvelle-Écosse, le Québec et le Manitoba. On ne possède aucune donnée sur les épisiotomies pour 1994-1995 et pour 1995-1996.

FIGURE 2.7 **Taux d'épisiotomie, par province/territoire,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Limites des données

La surveillance des traumatismes périnéaux au Canada est grandement limitée à cause des variations dans leur classification et leur définition de cas. Il arrive ainsi que les lacérations spontanées, qui sont mineures et n'exigent pas de points de suture, ne soient pas classées[3]. À l'inverse, l'attention accrue accordée à l'occurrence de lacérations dues à la diminution du recours à l'épisiotomie pourrait se traduire par une déclaration accrue des lacérations bénignes. De même, les méthodes de collecte des données et de codage pourraient entraîner une sous-déclaration des épisiotomies[1].

Références

1. Graham, I.D., Fowler-Graham, D. Episiotomy counts: Trends and prevalence in Canada, 1981/1982 to 1993/1994, *Birth* (1997), 24 : 141-7.
2. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: A randomised controlled trial, *Lancet* (1993), 342 : 1517-8.
3. Renfrew, M.J., Hannah, W., Albers, L., Floyd, E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature, *Birth* (1998), 25 : 143-60.

Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement

Le taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement est défini comme le nombre de femmes qui obtiennent leur congé tôt de l'hôpital (dans les deux jours suivant un accouchement par voie vaginale et dans les quatre jours suivant un accouchement par césarienne) par rapport au nombre total de femmes qui obtiennent leur congé de l'hôpital après l'accouchement (dans un lieu donné et à un moment donné).

Le congé maternel précoce est associé à la qualité, à l'efficience et à l'accessibilité des services hospitaliers dans les cas d'accouchement. On ne s'entend toujours pas sur le temps que devrait passer la mère à l'hôpital après un accouchement. Un congé précoce peut mettre en danger la santé de la mère et du bébé[1-3]. Cependant, la majorité des études qui se sont penchées sur la question n'ont encore jamais relevé d'effets indésirables importants sur les mères[1,4].

Les taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation. Les résultats sont présentés séparément pour les accouchements par voie vaginale et les accouchements par césarienne.

Entre 1989 et 1997, la durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement a considérablement baissé, passant de 4,0 à 2,3 jours pour les accouchements par voie vaginale, et de 6,7 jours à 4,5 jours pour les accouchements par césarienne.

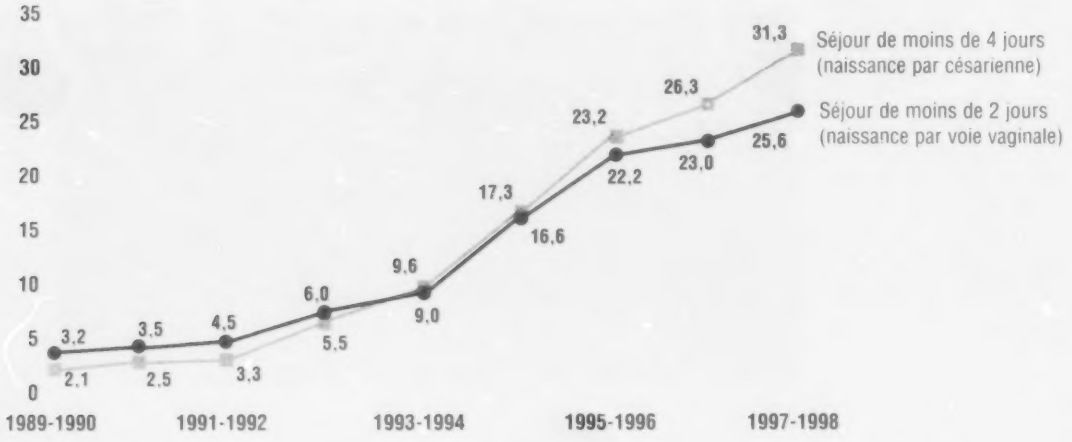
Résultats

- Entre 1989 et 1997, la proportion des mères ayant séjourné à l'hôpital moins de deux jours pour un accouchement par voie vaginale a affiché une hausse marquée, passant de 3,2 p. 100 à 25,6 p. 100 (Figure 2.8). De même, la proportion des mères ayant séjourné à l'hôpital moins de quatre jours après un accouchement par césarienne est passée de 2,1 p. 100 à 31,3 p. 100.
- Entre 1989 et 1997, la durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement a considérablement baissé, passant de 4,0 à 2,3 jours pour les accouchements par voie vaginale, et de 6,7 jours à 4,5 jours pour les accouchements par césarienne (Tableau 2.3).
- En 1997, c'est en Alberta que les mères ont obtenu leur congé le plus tôt parmi les mères de toutes les provinces et territoires (Tableau 2.4, Figure 2.9).

Limites des données

Les dossiers des mères de la BDCP ne donnent aucune information sur le jour et l'heure de la naissance. Par conséquent, la durée déclarée du séjour de la mère à l'hôpital inclut le séjour entre l'admission et l'accouchement.

FIGURE 2.8 **Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau 2.3 **Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital (en jours) pour un accouchement,** *Canada (à l'exclusion du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Voie vaginale	Césarienne
1989-1990	4,0 (2,0)	6,7 (2,8)
1990-1991	3,8 (1,9)	6,4 (2,8)
1991-1992	3,5 (1,9)	6,2 (2,7)
1992-1993	3,2 (1,8)	5,8 (2,7)
1993-1994	2,9 (1,6)	5,4 (2,6)
1994-1995	2,6 (1,6)	5,0 (2,5)
1995-1996	2,4 (1,6)	4,7 (2,5)
1996-1997	2,3 (1,5)	4,6 (2,4)
1997-1998	2,3 (1,5)	4,5 (2,4)

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

É.T. — écart type

Tableau 2.4 **Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital (en jours) pour un accouchement, par province/territoire,**
Canada (à l'exclusion du Québec), 1997-1998*

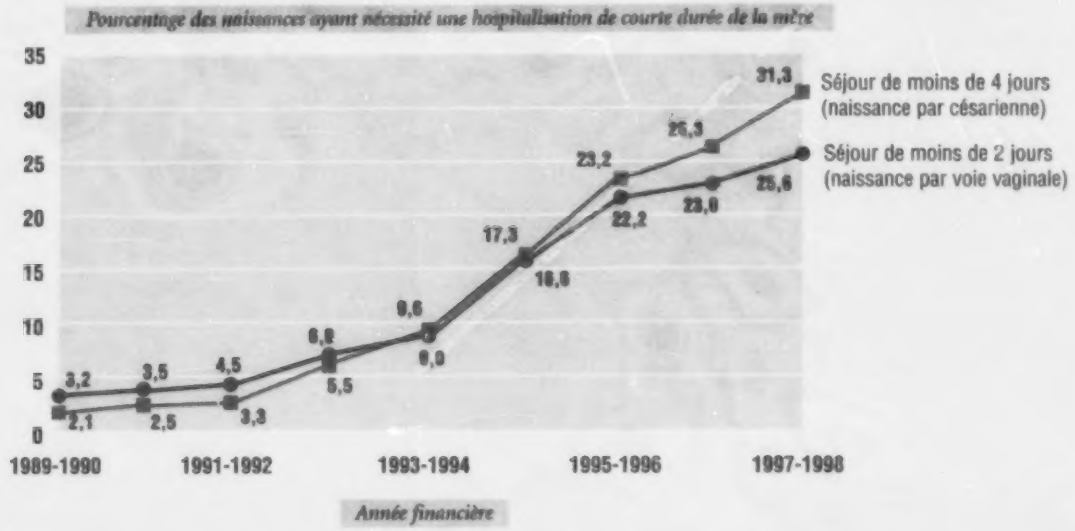
Province/Territoire	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Voie vaginale	Césarienne
Terre-Neuve	3,6 (2,3)	5,5 (3,2)
Île-du-Prince-Édouard	3,2 (1,7)	5,6 (2,1)
Nouvelle-Écosse	2,9 (2,0)	4,8 (3,0)
Nouveau-Brunswick	2,9 (1,5)	4,8 (2,6)
Ontario	2,1 (1,3)	4,4 (2,3)
Manitoba	2,7 (1,6)	5,1 (2,9)
Saskatchewan	3,0 (1,7)	4,9 (2,6)
Alberta	2,0 (1,4)	4,2 (2,5)
Colombie-Britannique	2,5 (1,6)	4,5 (2,5)
Yukon	3,2 (1,9)	4,5 (2,1)
Territoires du Nord-Ouest	2,6 (1,7)	4,8 (1,8)
CANADA*	**2,3 (1,5)**	**4,5 (2,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

É.T. — écart type

FIGURE 2.8 **Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau 2.3 **Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital (en jours) pour un accouchement,** *Canada (à l'exclusion du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Voie vaginale	Césarienne
1989-1990	4,0 (2,0)	6,7 (2,8)
1990-1991	3,8 (1,9)	6,4 (2,8)
1991-1992	3,5 (1,9)	6,2 (2,7)
1992-1993	3,2 (1,8)	5,8 (2,7)
1993-1994	2,9 (1,6)	5,4 (2,6)
1994-1995	2,6 (1,6)	5,0 (2,5)
1995-1996	2,4 (1,6)	4,7 (2,5)
1996-1997	2,3 (1,5)	4,6 (2,4)
1997-1998	2,3 (1,5)	4,5 (2,4)

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

É.T. — écart type.

Tableau 2.4 **Durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital (en jours) pour un accouchement, par province/territoire,** *Canada (à l'exclusion du Québec)*, 1997-1998*

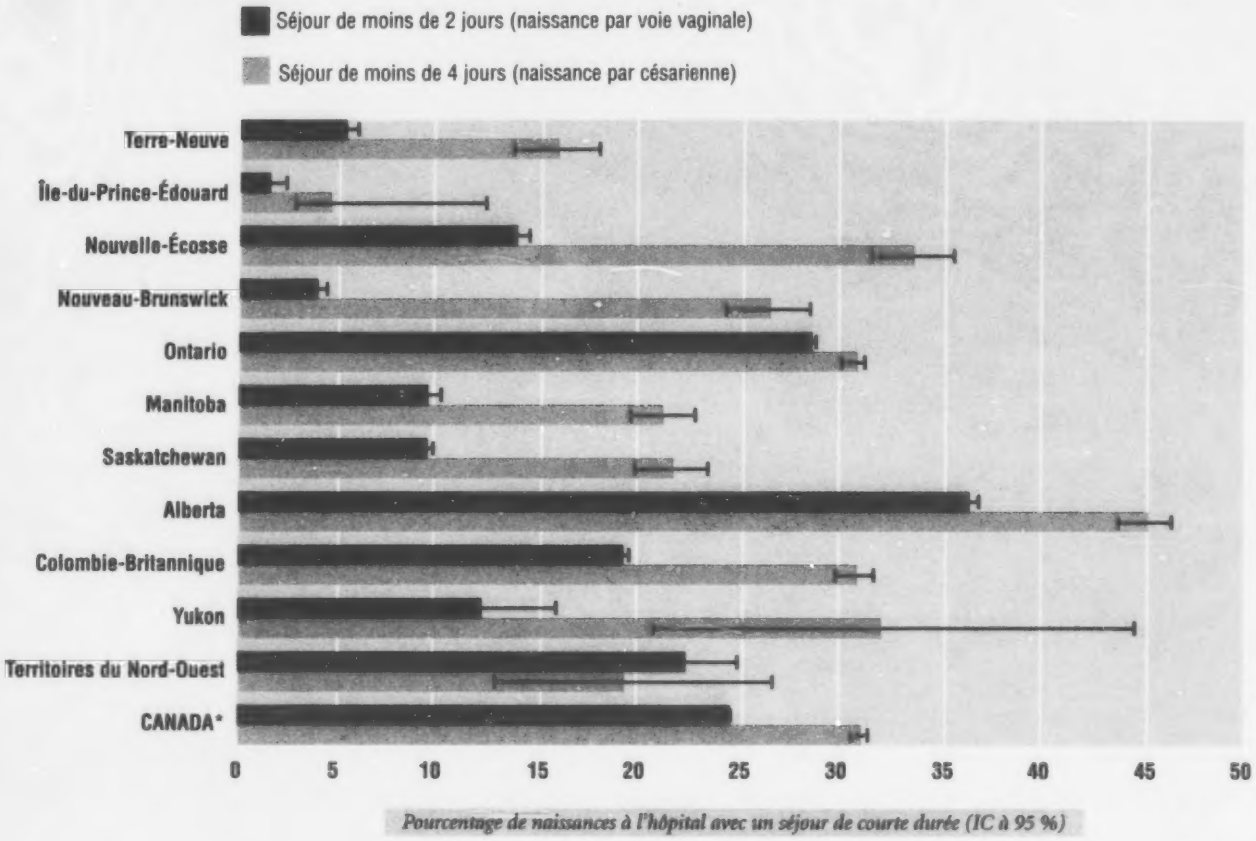
Province/Territoire	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Voie vaginale	Césarienne
Terre-Neuve	3,6 (2,3)	5,5 (3,2)
Île-du-Prince-Édouard	3,2 (1,7)	5,6 (2,1)
Nouvelle-Écosse	2,9 (2,0)	4,8 (3,0)
Nouveau-Brunswick	2,9 (1,5)	4,8 (2,6)
Ontario	2,1 (1,3)	4,4 (2,3)
Manitoba	2,7 (1,8)	5,1 (2,9)
Saskatchewan	3,0 (1,7)	4,9 (2,6)
Alberta	2,0 (1,4)	4,2 (2,5)
Colombie-Britannique	2,5 (1,6)	4,5 (2,5)
Yukon	3,2 (1,9)	4,5 (2,1)
Territoires du Nord-Ouest	2,6 (1,7)	4,8 (1,8)
CANADA*	**2,3 (1,5)**	**4,5 (2,5)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

É.T. — écart type.

FIGURE 2.9 Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement, par province/territoire, *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. Dalby, D.M., Williams, J.I., Hodnett, E., Rush, J. Postpartum safety and satisfaction following early discharge, *Revue canadienne de santé publique* (1996), 87 : 90-4.
2. Gloor, J.E., Kissoon, N., Joubert, G.I. Appropriateness of hospitalization in a Canadian pediatric hospital, *Pediatrics* (1993), 91 : 70-4.
3. Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1998), 158 : 875-80.
4. Meikle, S.F., Lyons, E., Hulac, P., Orleans, M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, *Am J Obstet Gynecol* (1998), 179 : 166-71.

Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance

Le taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance est défini comme le nombre de nouveau-nés qui obtiennent leur congé tôt de l'hôpital (dans les 24 ou 48 heures suivant la naissance) par rapport au nombre total de nouveau-nés qui obtiennent leur congé de l'hôpital après la naissance (dans un lieu donné et à un moment donné).

Lorsqu'il est justifié, le départ précoce des nouveau-nés améliore l'efficience des services hospitaliers et procure d'autres avantages aux nouveau-nés et à leurs familles[1]. La question de la durée du séjour hospitalier des nouveau-nés demeure cependant controversée. Les études cliniques randomisées[1-3] n'ont pas porté suffisamment d'attention aux risques potentiels et aux avantages liés au congé précoce des nouveau-nés.

Les taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation. Les résultats sont présentés séparément pour les bébés de faible poids à la naissance (1 000 à 2 499 g) et de poids normal à la naissance (2 500 g ou plus)[4].

Résultats

- Entre 1989 et 1997, la proportion de nouveau-nés pesant entre 1 000 et 2 499 g qui sont demeurés hospitalisés moins de deux jours après leur naissance a varié pour atteindre un sommet de 15,0 p. 100 en 1995 (Figure 2.10). Le taux de congé précoce accordé à des nouveau-nés pesant 2 500 g ou plus est passé de 3,1 p. 100 en 1989 à 28,7 p. 100 en 1997.
- La durée moyenne du séjour à l'hôpital des nouveau-nés pesant entre 1 000 et 2 499 g à la naissance a diminué de 9,0 jours en 1989 à 7,7 jours en 1995, pour augmenter ensuite à 7,9 jours en 1997 (Tableau 2.5). Celle des nouveau-nés pesant 2 500 g ou plus a diminué de façon continue, passant de 3,9 jours en 1989 à 2,4 jours en 1997.
- En 1997, c'est au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest qu'on observait les plus courts séjours moyens de nouveau-nés de faible poids à la naissance (1 000 à 2 499 g). Par ailleurs, c'est en Alberta que la durée moyenne du séjour à l'hôpital de nouveau-nés de poids normal (2 500 g ou plus) (Tableau 2.6) était la plus courte. C'est également dans les Territoires de Nord-Ouest qu'on notait la plus forte proportion de nouveau-nés de faible poids quittant l'hôpital dans les deux jours après la naissance, alors que l'Alberta affichait la plus forte proportion de nouveau-nés de poids normal quittant l'hôpital dans les deux jours après la naissance (Figure 2.11).

Le taux de congé précoce accordé à des nouveau-nés pesant 2 500 g ou plus est passé de 3,1 p. 100 en 1989 à 28,7 p. 100 en 1997.

FIGURE 2.10 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau 2.5 **Durée moyenne du séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance (en jours),** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Poids à la naissance 1 000-2 499 g	Poids à la naissance 2 500 g ou plus
1989-1990	9,0 (6,7)	3,9 (1,8)
1990-1991	8,9 (6,7)	3,7 (1,8)
1991-1992	8,5 (6,6)	3,5 (1,8)
1992-1993	8,2 (6,7)	3,2 (1,7)
1993-1994	8,1 (6,8)	2,9 (1,7)
1994-1995	7,8 (6,8)	2,6 (1,6)
1995-1996	7,7 (6,8)	2,5 (1,6)
1996-1997	7,8 (6,8)	2,4 (1,6)
1997-1998	7,9 (6,8)	2,4 (1,6)

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

É.T. – écart type.

Tableau 2.6 **Durée moyenne du séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance (en jours), par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Poids à la naissance 1 000-2 499 g	Poids à la naissance 2 500 g ou plus
Terre-Neuve	8,3 (6,8)	3,1 (1,6)
Île-du-Prince-Édouard	9,6 (7,3)	3,4 (1,8)
Nouvelle-Écosse	11,1 (7,3)	2,7 (1,8)
Nouveau-Brunswick	11,0 (7,2)	3,1 (1,8)
Ontario	7,9 (6,7)	2,3 (1,6)
Manitoba	10,5 (7,2)	2,7 (1,8)
Saskatchewan	9,6 (7,1)	2,9 (1,7)
Alberta	7,7 (6,8)	2,0 (1,6)
Colombie-Britannique	7,0 (6,4)	2,5 (1,6)
Yukon	5,1 (2,8)	2,9 (1,7)
Territoires du Nord-Ouest	5,3 (5,3)	2,4 (1,6)
CANADA*	**7,9 (6,8)**	**2,4 (1,6)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients. 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database. 1997-1998.

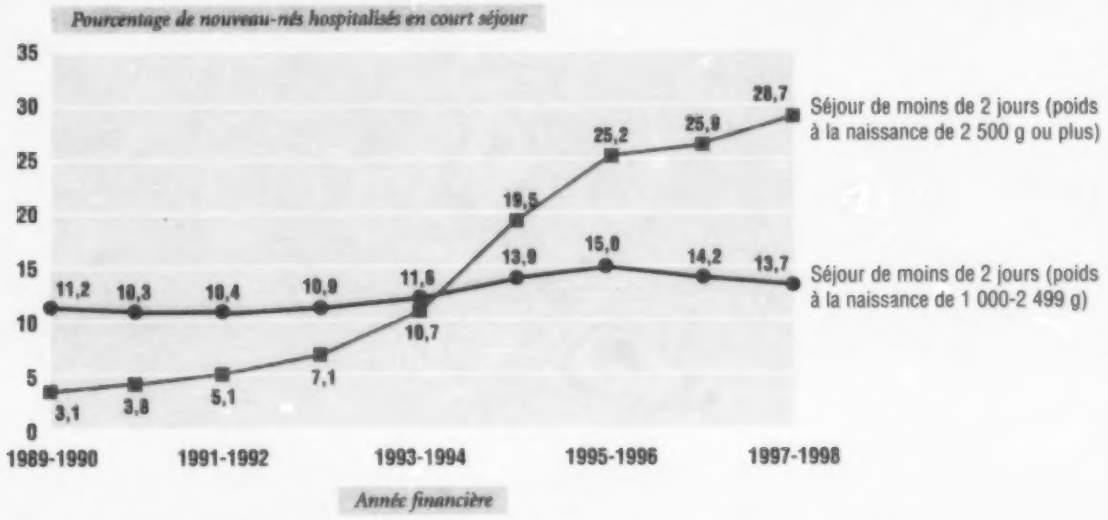
* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

É.T. — écart type.

Limites des données

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne donne aucune information sur l'heure de la naissance. Il n'est donc pas possible de connaître la durée exacte du séjour à l'hôpital qui nous intéresse, en particulier pour les nourrissons ayant obtenu leur congé le premier jour de leur vie. Idéalement, les analyses devraient également être stratifiées par âge gestationnel à la naissance. Toutefois, la BDCP ne donne pas d'information sur l'âge gestationnel.

FIGURE 2.10 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau 2.5 **Durée moyenne du séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance (en jours),** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Poids à la naissance 1 000-2 499 g	Poids à la naissance 2 500 g ou plus
1989-1990	9,0 (6,7)	3,9 (1,8)
1990-1991	8,9 (6,7)	3,7 (1,8)
1991-1992	8,5 (6,6)	3,5 (1,8)
1992-1993	8,2 (6,7)	3,2 (1,7)
1993-1994	8,1 (6,8)	2,9 (1,7)
1994-1995	7,8 (6,8)	2,6 (1,6)
1995-1996	7,7 (6,8)	2,5 (1,6)
1996-1997	7,8 (6,8)	2,4 (1,6)
1997-1998	7,9 (6,8)	2,4 (1,6)

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

É.T. — écart type.

Tableau 2.6 **Durée moyenne du séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance (en jours), par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Durée moyenne du séjour (É.T.)	
	Poids à la naissance 1 000-2 499 g	Poids à la naissance 2 500 g ou plus
Terre-Neuve	8,3 (6,8)	3,1 (1,6)
Île-du-Prince-Édouard	9,6 (7,3)	3,4 (1,8)
Nouvelle-Écosse	11,1 (7,3)	2,7 (1,8)
Nouveau-Brunswick	11,0 (7,2)	3,1 (1,8)
Ontario	7,9 (6,7)	2,3 (1,6)
Manitoba	10,5 (7,2)	2,7 (1,8)
Saskatchewan	9,6 (7,1)	2,9 (1,7)
Alberta	7,7 (6,8)	2,0 (1,6)
Colombie-Britannique	7,0 (6,4)	2,5 (1,6)
Yukon	5,1 (2,8)	2,9 (1,7)
Territoires du Nord-Ouest	5,3 (5,3)	2,4 (1,6)
CANADA*	**7,9 (6,8)**	**2,4 (1,8)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

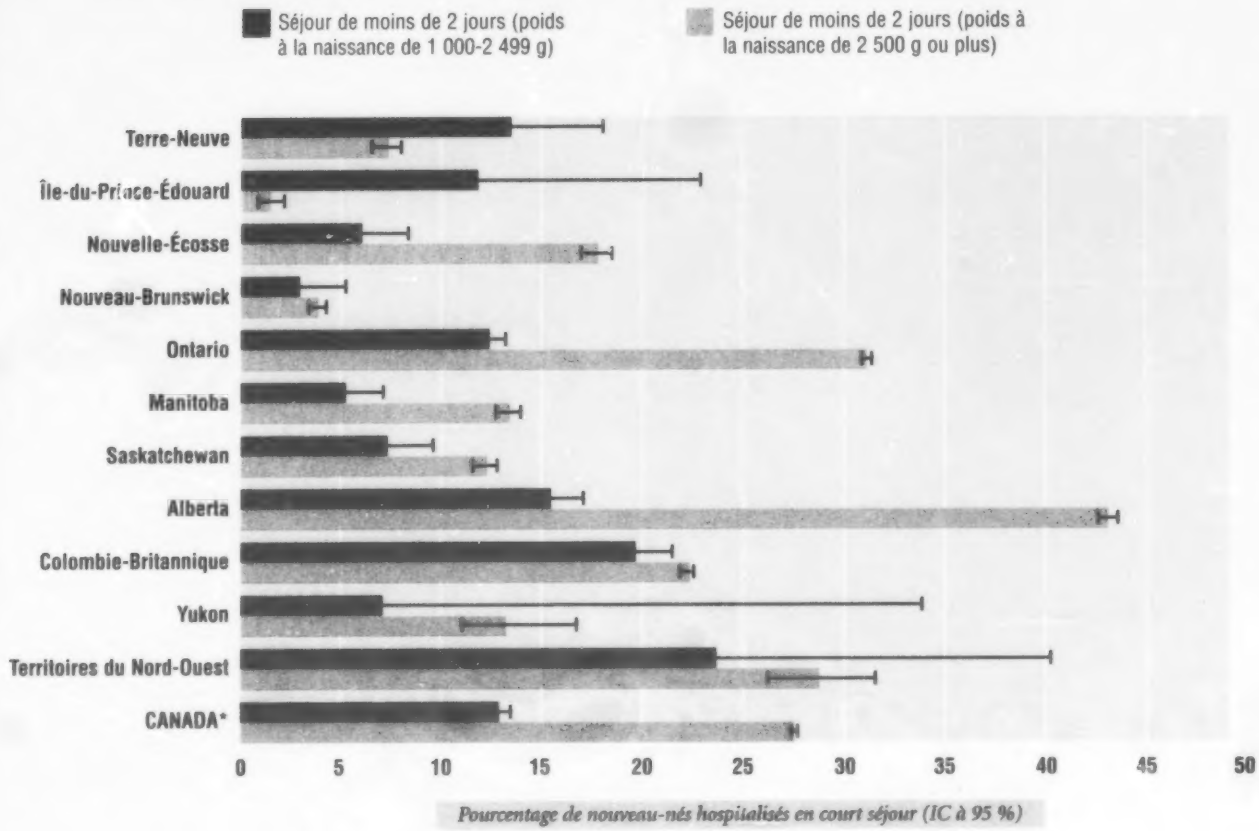
* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

É.T. — écart type.

Limites des données

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne donne aucune information sur l'heure de la naissance. Il n'est donc pas possible de connaître la durée exacte du séjour à l'hôpital qui nous intéresse, en particulier pour les nourrissons ayant obtenu leur congé le premier jour de leur vie. Idéalement, les analyses devraient également être stratifiées par âge gestationnel à la naissance. Toutefois, la BDCP ne donne pas d'information sur l'âge gestationnel.

FIGURE 2.11 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*



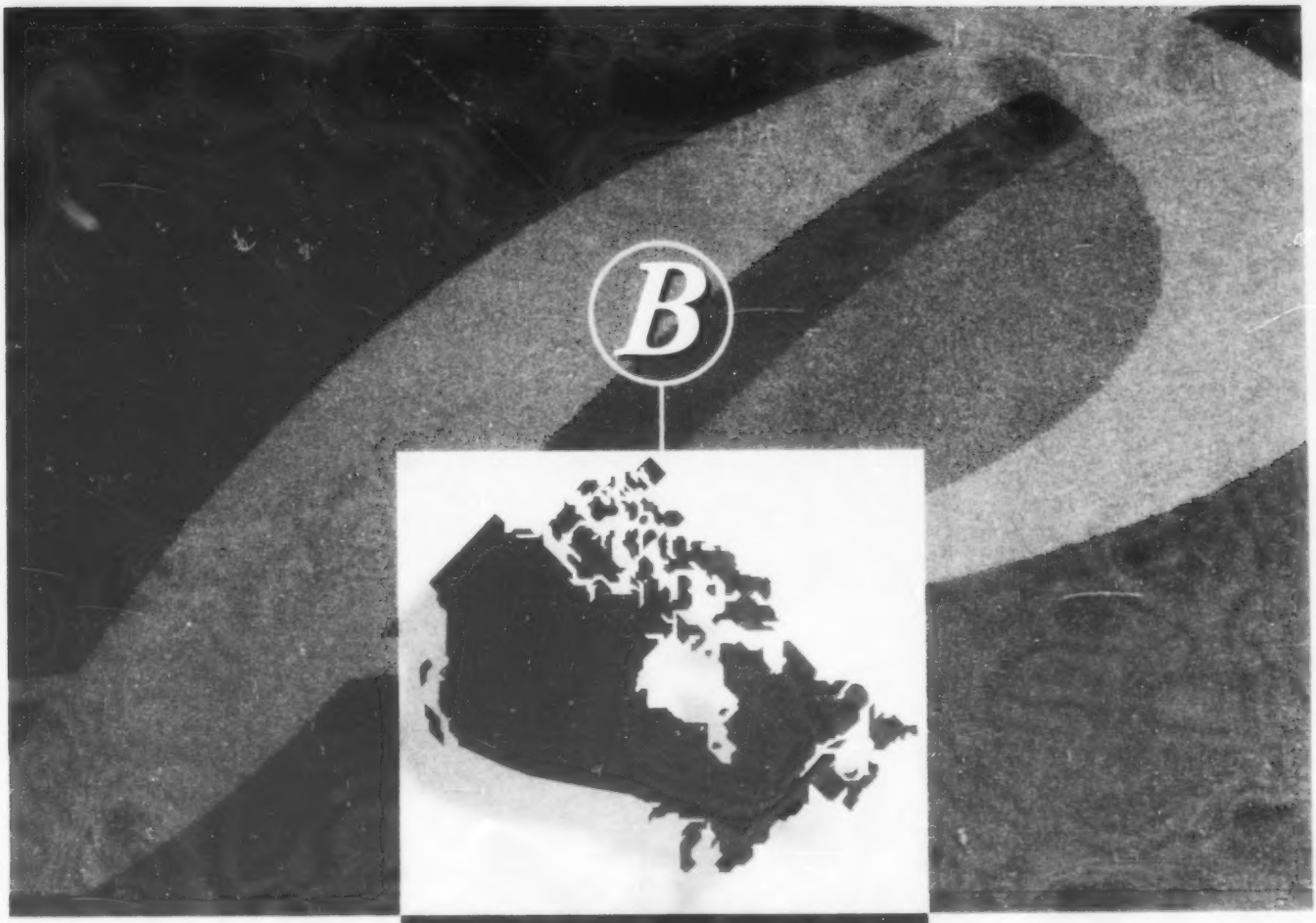
Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. Braverman, P., Egerter, S., Pearl, M., Marchi, K., Miller, C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature, *Pediatrics* (1995), 96 : 716-26.
2. Lee, K.S., Perlman, M., Ballantyne, M., Elliott, I., To, T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate, *J Pediatr* (1995), 127 : 758-66.
3. Liu, L.L., Clemens, C.J., Shay, D.K., Davis, R.L., Novack, A.H. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience, *J Am Med Assoc* (1997), 278 : 293-8.
4. Wen, S.W., Liu, S., Fowler, D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (1998), 89 : 115-9.



B

Effets sur la santé maternelle, fœtale et infantile

3 Effets sur la santé maternelle

Ratio de mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) est défini comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

Le ratio de mortalité maternelle d'un pays est considéré comme un important indicateur de l'état de santé général de la population, de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux, de même que du statut de la femme[1]. Avec environ quatre décès maternels déclarés pour 100 000 naissances vivantes, le Canada affiche l'un des plus bas ratios au monde, reflet de l'accès universel qu'ont ses citoyens et citoyennes à des soins médicaux de grande qualité, de la santé de sa population et de la situation économique et sociale généralement avantageuse des Canadiennes.

Statistique Canada fait état de tous les décès par année, par âge, par province et territoire, et par cause sous-jacente. Au Canada, jusqu'au 1er janvier 2000, ces causes étaient classées selon la Neuvième révision de la Classification statistique internationale des maladie (CIM-9)[2]. Les décès maternels sont ceux dont la cause sous-jacente a reçu un code numérique situé entre 630 et 676 (chapitre 11 — Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, CIM-9).

La définition de la mortalité maternelle donnée dans la CIM-9 est la suivante :

> La mort maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.
>
> Les morts maternelle se répartissent en deux groupes.
>
> a. **Décès par cause obstétricale directe** — ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.
>
> b. **Décès par cause obstétricale indirecte** — ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Une première définition du « décès par cause obstétricale indirecte » est parue dans la 9e révision de la CIM; les décès considérés comme attribuables à une cause obstétricale indirecte ne sont inclus dans le dénombrement des décès maternels au Canada que depuis l'adoption du système de la CIM-9 dans ce pays en 1979.

Les ratios de mortalité maternelle ont été calculés à l'aide des données statistiques sur l'état civil.

Avec environ quatre décès maternels déclarés pour 100 000 naissances vivantes, le Canada affiche l'un des plus bas ratios au monde, reflet de l'accès universel qu'ont ses citoyens et citoyennes à des soins médicaux de grande qualité, de la santé de sa population et de la situation économique et sociale généralement avantageuse des Canadiennes.

Résultats

- Le RMM est passé de 8,2 pour 100 000 naissances vivantes entre 1973 et 1977, à 3,8 pour 100 000 naissances vivantes entre 1988 et 1992 (Figure 3.1). La baisse la plus prononcée a été observée entre 1973 et 1982. Bien que l'on n'ait déclaré qu'un petit nombre de décès maternels attribuables à des causes indirectes entre 1973 et 1997, une légère augmentation survenue entre 1988 et 1997 s'est traduite par une augmentation observée du taux total de mortalité maternelle pour cette période. Si l'on ne tient compte que des décès par cause obstétricale directe, le taux de mortalité maternelle n'a cessé de diminuer depuis 1973.
- Les causes les plus fréquentes de mortalité maternelle au Canada sont toutes les causes directes, soit les troubles hypertensifs de la grossesse, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie et la grossesse ectopique (Tableau 3.1). Bien que la mortalité maternelle attribuable à la plupart des causes ait diminué entre les années 70 et les années 90, les décès associés à la grossesse ectopique et ceux causés par des embolies amniotiques ou autres embolies pulmonaires ont augmenté au cours de la même période (Tableau 3.1).

Tableau 3.1 **Mortalité maternelle directe par cause*,**
Canada, 1973-1977 et 1993-1997

Cause	Ratio pour 1 000 000 naissances vivantes (nombre)		
	1973-1977	1993-1997	% variation
Grossesse ectopique	4,1 (7)	4,8 (9)	+17
Autres grossesses aboutissant à l'avortement**	8,7 (15)	1,1 (2)	-87
Hémorragie antepartum	7,6 (13)	4,8 (9)	-37
Troubles hypertensifs	12,8 (22)	9,1 (17)	-29
Autres complications de la grossesse	3,5 (6)	0,5 (1)	-86
Hémorragie du postpartum	9,3 (16)	2,1 (4)	-77
Traumatisme de l'accouchement	5,2 (9)	1,1 (2)	-79
Autres complications de l'accouchement	9,9 (17)	2,7 (5)	-73
Septicémie puerpérale	4,1 (7)	1,1 (2)	-73
Phlébite puerpérale	3,5 (6)	1,1 (2)	-69
Embolie amniotique	4,1 (7)	5,9 (11)	+44
Autre embolie pulmonaire	2,3 (4)	2,7 (5)	+17
Troubles cérébrovasculaires	4,1 (7)	3,2 (6)	-22
Autres troubles puerpuéraux	2,9 (5)	0,0 (0)	-100
Total des décès par cause obstétrique directe	**82,2 (141)**	**40,2 (75)**	**-51**

Source : Voir les références 3 à 10 à la fin de la section.

* Noter que le dénominateur utilisé dans ce tableau est de 1 000 000 de naissances vivantes et non de 100 000 naissances comme dans la Figure 3.1.

** Cette catégorie inclut les échecs de tentatives d'avortement, le môle hydatiforme et les avortements provoqués et spontanés.

FIGURE 3.1 **Ratio de mortalité maternelle (RMM),**
Canada, 1973-1997

Source : Voir les références 3 à 10 ci-dessous.

Limites des données

Comme on a constaté, dans plusieurs pays, que les systèmes de statistiques de l'état civil sous-déclaraient la mortalité maternelle, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) augmente maintenant systématiquement les RMM déclarés d'un facteur de 1,3 pour en tenir compte dans la comparaison des taux par pays[1]. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) effectue présentement une étude pour établir si, et dans quelle mesure, les cas de mortalité maternelle sont sous-déclarés au Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la santé/UNICEF. *Révision des estimations de la mortalité maternelle de 1990 : une nouvelle approche de l'OMS et de l'UNICEF*, Genève : OMS (1991).
2. Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*, 9e révision, volume 1, Genève : OMS (1977).
3. Statistique Canada. *Causes de décès, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-203-XPB au catalogue (annuel)).
4. Statistique Canada. Causes de décès, 1988, *Rapports sur la santé (1990)* (11S) : 2(1).
5. Statistique Canada. Causes de décès, 1989, *Rapports sur la santé (1990)* (11S) : 3(1).

Résultats

- Le RMM est passé de 8,2 pour 100 000 naissances vivantes entre 1973 et 1977, à 3,8 pour 100 000 naissances vivantes entre 1988 et 1992 (Figure 3.1). La baisse la plus prononcée a été observée entre 1973 et 1982. Bien que l'on n'ait déclaré qu'un petit nombre de décès maternels attribuables à des causes indirectes entre 1973 et 1997, une légère augmentation survenue entre 1988 et 1997 s'est traduite par une augmentation observée du taux total de mortalité maternelle pour cette période. Si l'on ne tient compte que des décès par cause obstétricale directe, le taux de mortalité maternelle n'a cessé de diminuer depuis 1973.
- Les causes les plus fréquentes de mortalité maternelle au Canada sont toutes les causes directes, soit les troubles hypertensifs de la grossesse, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie et la grossesse ectopique (Tableau 3.1). Bien que la mortalité maternelle attribuable à la plupart des causes ait diminué entre les années 70 et les années 90, les décès associés à la grossesse ectopique et ceux causés par des embolies amniotiques ou autres embolies pulmonaires ont augmenté au cours de la même période (Tableau 3.1).

Tableau 3.1 **Mortalité maternelle directe par cause*,**
Canada, 1973-1977 et 1993-1997

Cause	Ratio pour 1 000 000 naissances vivantes (nombre)		
	1973-1977	1993-1997	variation
Grossesse ectopique	4,1 (7)	4,8 (9)	+17
Autres grossesses aboutissant à l'avortement**	6,7 (15)	1,1 (2)	-87
Hémorragie antepartum	7,6 (13)	4,8 (9)	-37
Troubles hypertensifs	12,8 (22)	9,1 (17)	-29
Autres complications de la grossesse	3,5 (6)	0,5 (1)	-86
Hémorragie du postpartum	9,3 (16)	2,1 (4)	-77
Traumatisme de l'accouchement	5,2 (9)	1,1 (2)	-79
Autres complications de l'accouchement	9,9 (17)	2,7 (5)	-73
Septicémie puerpérale	4,1 (7)	1,1 (2)	-73
Phlébite puerpérale	3,5 (6)	1,1 (2)	-69
Embolie amniotique	4,1 (7)	5,9 (11)	+44
Autre embolie pulmonaire	2,3 (4)	2,7 (5)	+17
Troubles cérébrovasculaires	4,1 (7)	3,2 (6)	-22
Autres troubles puerpéraux	2,9 (5)	0,0 (0)	-100
Total des décès par cause obstétrique directe	**82,2 (141)**	**40,2 (75)**	**-51**

Source : Voir les références 3 à 10 à la fin de la section.

* Noter que le dénominateur utilisé dans ce tableau est de 1 000 000 de naissances vivantes et non de 100 000 naissances comme dans la Figure 3.1.

** Cette catégorie inclut les échecs de tentatives d'avortement, le môle hydatiforme et les avortements provoqués et spontanés.

FIGURE 3.1 **Ratio de mortalité maternelle (RMM),**
Canada, 1973-1997

Source : Voir les références 3 à 10 ci-dessous.

Limites des données

Comme on a constaté, dans plusieurs pays, que les systèmes de statistiques de l'état civil sous-déclaraient la mortalité maternelle, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) augmente maintenant systématiquement les RMM déclarés d'un facteur de 1,5 pour en tenir compte dans la comparaison des taux par pays[1]. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) effectue présentement une étude pour établir si, et dans quelle mesure, les cas de mortalité maternelle sont sous-déclarés au Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la santé/UNICEF. *Révision des estimations de la mortalité maternelle de 1990 : une nouvelle approche de l'OMS et de l'UNICEF*, Genève : OMS (1991).
2. Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*, 9e révision, volume 1, Genève : OMS (1977).
3. Statistique Canada. *Causes de décès, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-203-XPB au catalogue (annuel)).
4. Statistique Canada. Causes de décès, 1988, *Rapports sur la santé (1990)* (11S) : 2(1).
5. Statistique Canada. Causes de décès, 1989, *Rapports sur la santé (1990)* (11S) : 3(1).

6. Statistique Canada. *Causes de décès, 1990*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1992) (11S) : 4(1).

7. Statistique Canada. *Causes de décès, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-208-XPB au catalogue (annuel)).

8. Statistique Canada. Naissances, *Statistiques de l'état civil* (1973), 1.

9. Statistique Canada. *Naissances et décès, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-210-XPB au catalogue (annuel)).

10. Statistique Canada. *Naissances et décès, 1996, 1997* (*tableaux standards*), Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999) (N° 84F0210-XPB au catalogue (annuel)).

Ratio d'avortement provoqué

Le ratio d'avortement provoqué est défini comme le nombre d'avortements provoqués pour 100 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). Un indicateur connexe, le taux d'avortement provoqué par âge, désigne le nombre d'avortements provoqués dans un groupe d'âge particulier pour 1 000 femmes du même groupe d'âge (dans un lieu donné et à un moment donné).

En 1969, une loi régissant l'avortement a été adoptée en vertu du *Code criminel*. Cette loi permettait aux médecins qualifiés de procéder à un avortement avec l'autorisation préalable d'un Comité de l'avortement thérapeutique. En 1988, une décision de la Cour suprême du Canada a établi que ce processus était inconstitutionnel. La loi de 1969 a été jugée inexécutable, ce qui s'est traduit par la décriminalisation de l'avortement[1]. On considère maintenant l'accès à l'avortement comme un indicateur de l'attitude de la société face aux femmes et au droit qu'elles exercent sur leur procréation.

Les statistiques sur l'avortement provoqué ont été obtenues de Statistique Canada[2,3].

En 1997, les ratios d'avortement provoqué dans les provinces et les territoires oscillaient entre 9,5 et 35,5 pour 100 naissances vivantes et les taux d'avortement provoqué, entre 5,0 et 19,2 pour 1 000 femmes en âge de procréer.

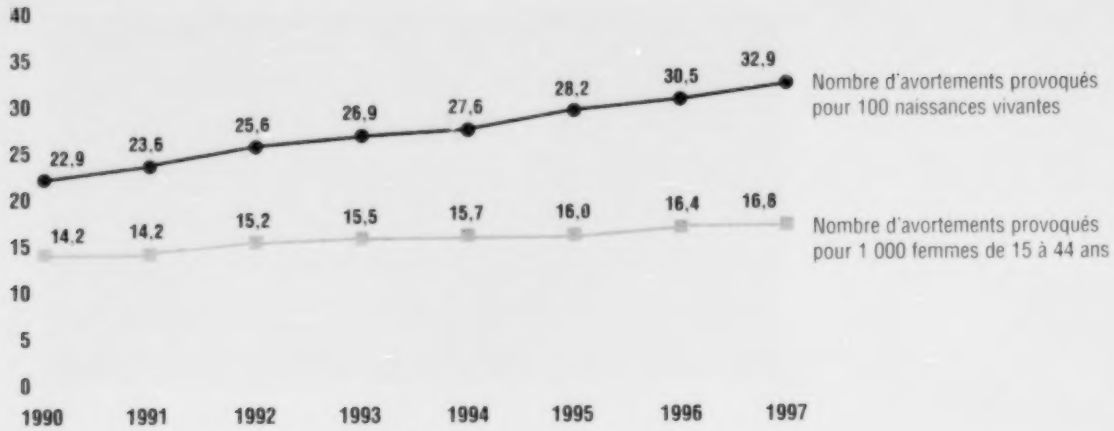
Résultats

- En 1997, le ratio d'avortement provoqué au Canada était de 32,9 pour 100 naissances vivantes. Le taux d'avortement provoqué était de 16,8 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. L'augmentation plus rapide du ratio d'avortement provoqué par rapport au taux d'avortement provoqué s'explique en partie par le nombre décroissant des naissances vivantes avec le temps (Figure 3.2).
- En 1997, les ratios d'avortement provoqué dans les provinces et les territoires oscillaient entre 9,5 et 35,5 pour 100 naissances vivantes et les taux d'avortement provoqué, entre 5,0 et 19,2 pour 1 000 femmes en âge de procréer. Ces variations pourraient être attribuables à des différences dans l'accès aux services d'avortement, à la facilité des déplacements vers les États-Unis et à d'autres facteurs locaux[4] (Figure 3.3).
- Selon Statistique Canada, les femmes dans la vingtaine représentent la moitié de toutes les femmes qui ont obtenu un avortement en 1996 et en 1997. En moyenne, 28 femmes dans la vingtaine sur 1 000 ont obtenu un avortement[3] (Figure 3.4).

Limites des données

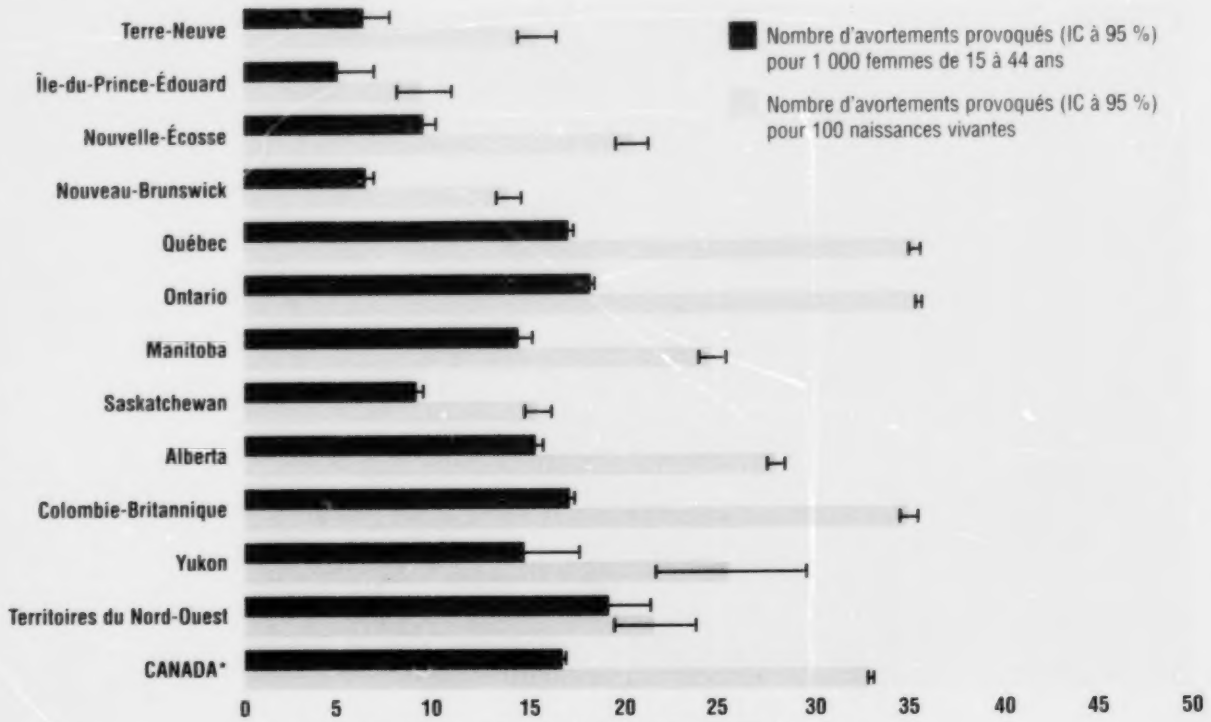
Les avortements provoqués par des moyens médicaux ou pharmacologiques dans un cabinet de médecin ne sont pas systématiquement inclus dans les statistiques sur les avortements. Cela pourrait se traduire par une importante sous-déclaration étant donné que le recours à ce genre d'intervention augmente avec le temps. Au nombre des autres interventions pouvant donner lieu à une sous-déclaration figurent les avortements pratiqués dans un cabinet de médecin qui n'est pas désigné comme un centre d'avortement, de même que les avortements obtenus par les Canadiennes aux États-Unis. Dans 3 p. 100 des cas, on ne possédait aucune donnée sur l'âge, ce qui a donnée lieu à une petite approximation dans le calcul des taux d'avortement provoqué selon l'âge.

FIGURE 3.2 **Ratio et taux d'avortement provoqué,** *Canada, 1990-1997*



Sources : Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*.
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1990-1997.
Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1990-1997.

FIGURE 3.3 **Ratio et taux d'avortement provoqué, par province/territoire,** *Canada*, 1997*

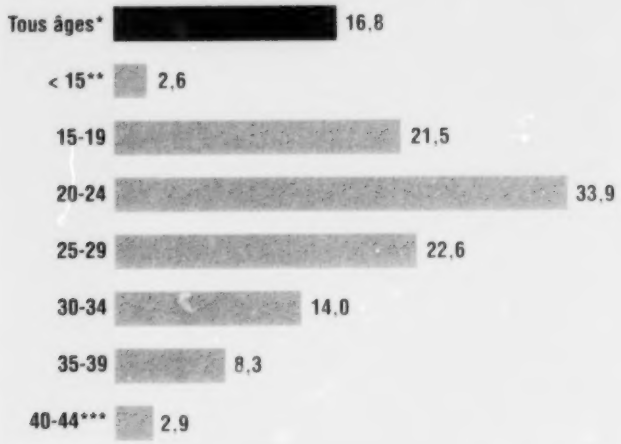


Sources : Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
Statistique Canada, *Naissances et décès, 1997 (tableaux standards)* (N° 84F0210-XPB au catalogue).

* Y compris les avortements obtenus par les femmes canadiennes aux États-Unis.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 3.4 **Taux d'avortement provoqué selon l'âge,** *Canada, 1997*



Nombre d'avortements provoqués pour 1 000 femmes

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. *Enquête sur l'avortement thérapeutique*, 1997.
Statistique Canada. Division des statistiques sur la santé, mars 2000.

* Comprend également les avortements pratiqués chez des femmes de plus de 44 ans. Le total inclut les cas pour lesquels l'âge n'est pas précisé (soit 3 547 avortements provoqués). Le total inclut 293 avortements obtenus par des femmes canadiennes aux États-Unis.

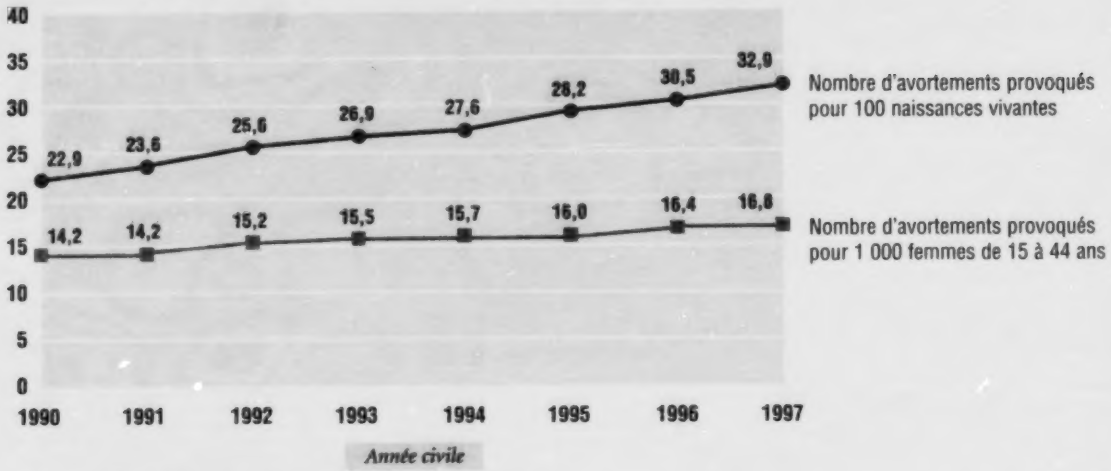
** Les taux sont basés sur la population de sexe féminin âgée de 14 ans.

*** Inclut les avortements provoqués chez les femmes de plus de 44 ans à l'issue de la grossesse. Le taux est basé sur la population de sexe féminin âgée de 40 à 44 ans.

Références

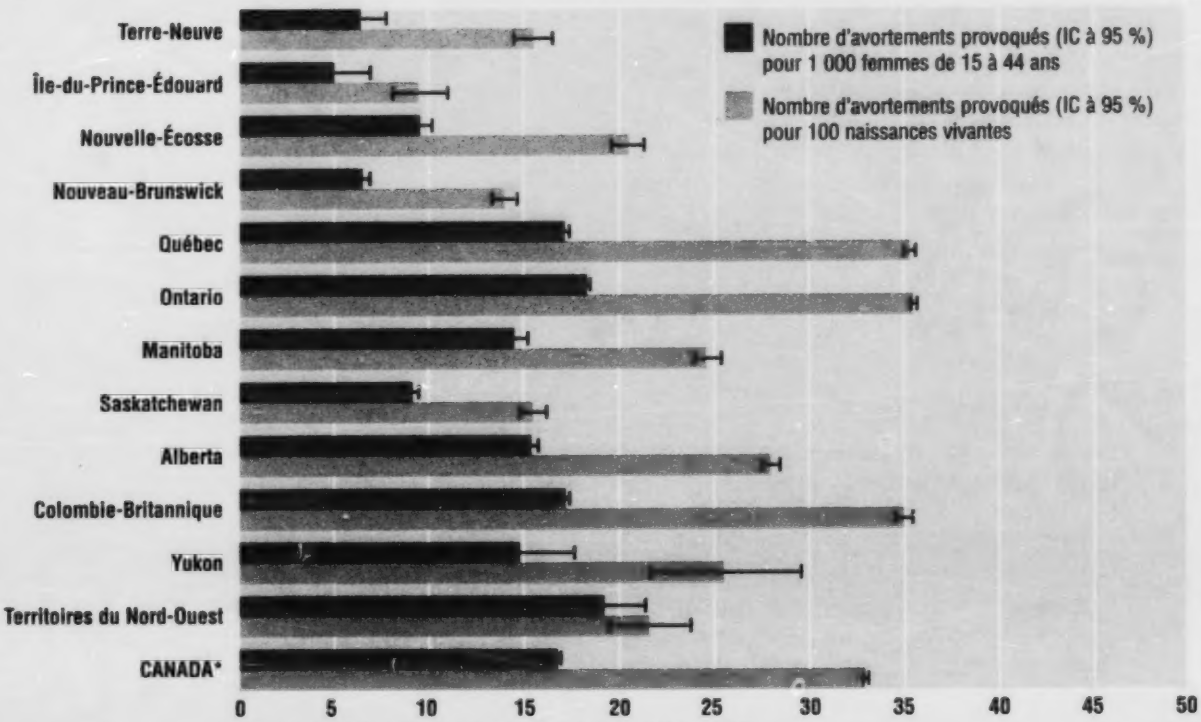
1. Santé Canada. Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant. *Avortement provoqué, fiche d'information*, avril 1998.
2. Statistique Canada. *Avortements thérapeutiques, 1995*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1997) (N° 82-219-XPB au catalogue).
3. Statistique Canada. *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
4. Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa : Statistique Canada (1999) (N° 82-570-XPF au catalogue).

FIGURE 3.2 **Ratio et taux d'avortement provoqué,** *Canada, 1990-1997*



Sources : Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995.*
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1990-1997.
Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1990-1997.

FIGURE 3.3 **Ratio et taux d'avortement provoqué, par province/territoire,** *Canada*, 1997*

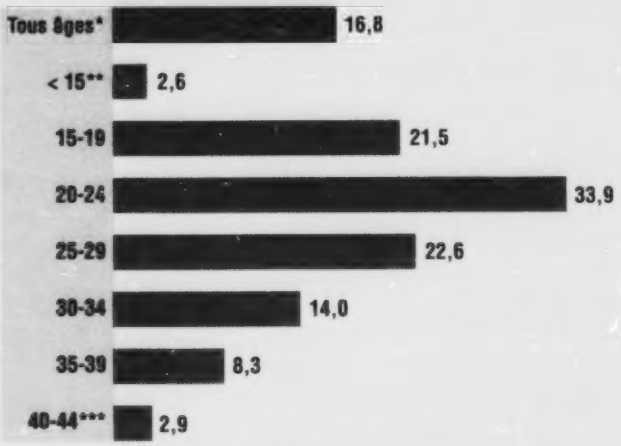


Sources : Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
Statistique Canada, *Naissances et décès, 1997 (tableaux standards)* (N° 84F0210-XPB au catalogue).

* Y compris les avortements obtenus par les femmes canadiennes aux États-Unis.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 3.4 **Taux d'avortement provoqué selon l'âge,**
Canada, 1997



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête sur l'avortement thérapeutique*, 1997.
Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, mars 2000.

* Comprend également les avortements pratiqués chez des femmes de plus de 44 ans. Le total inclut les cas pour lesquels l'âge n'est pas précisé (soit 3 547 avortements provoqués). Le total inclut 293 avortements obtenus par des femmes canadiennes aux États-Unis.

** Les taux sont basés sur la population de sexe féminin âgée de 14 ans.

*** Inclut les avortements provoqués chez les femmes de plus de 44 ans à l'issue de la grossesse. Le taux est basé sur la population de sexe féminin âgée de 40 à 44 ans.

Références

1. Santé Canada, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant. *Avortement provoqué, fiche d'information*, avril 1998.
2. Statistique Canada. *Avortements thérapeutiques, 1995*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1997) (N° 82-219-XPB au catalogue).
3. Statistique Canada. *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
4. Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa : Statistique Canada (1999) (N° 82-570-XPF au catalogue).

Taux de grossesse ectopique

Le taux de grossesse ectopique est défini comme le nombre de grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses déclarées (dans un lieu donné et à un moment donné). Dans cette analyse, les grossesses déclarées incluent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques. Les avortements spontanés et les avortements provoqués pratiqués en clinique ne sont pas inclus dans le dénominateur.

La grossesse ectopique, définie comme l'implantation du blastocyste partout ailleurs que dans la paroi endométriale de la cavité utérine[1], constitue une importante cause de morbidité et de mortalité maternelles. Dans les pays industrialisés, elle est la première cause de décès maternel au cours du premier trimestre de grossesse, et représente environ 10 p. 100 de tous les décès maternels[2]. Certains pays ont signalé une augmentation de leur taux de grossesse ectopique; le phénomène pourrait s'expliquer, en partie, par la prévalence accrue des infections tubaires transmises sexuellement, par l'utilisation accrue de méthodes contraceptives qui préviennent les grossesses intra-utérines mais non extra-utérines, et par l'amélioration et l'utilisation plus précoce des techniques diagnostiques[1]. D'autres pays ont cependant déclaré une diminution de leur taux, ce que l'on attribue à la chute des taux de chlamydia génitale[3].

En 1997, le taux de grossesse ectopique au Canada s'établissait à 16,8 pour 1 000 grossesses déclarées. Ce taux diminue depuis 1992.

Les taux de grossesse ectopique ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation.

Résultats

- En 1997, le taux de grossesse ectopique au Canada s'établissait à 16,8 pour 1 000 grossesses déclarées. Ce taux diminue depuis 1992 (Figure 3.5).
- Dans les provinces et les territoires, les taux de grossesse ectopique oscillaient, en 1997, entre 12,2 pour 1 000 grossesses déclarées en Nouvelle-Écosse et 38,0 pour 1 000 grossesses au Yukon (noter l'importance des intervalles de confiance pour les territoires affichant les taux les plus élevés) (Figure 3.6).
- Le taux de grossesse ectopique augmentait en fonction de l'âge de la mère (Figure 3.7). Le phénomène est probablement attribuable, en partie, à la prévalence accrue de la cicatrisation des trompes utérines chez les femmes âgées.

Limites des données

Une limite importante de la surveillance des grossesses ectopiques au Canada tient à la dépendance à l'égard des données sur les congés des hôpitaux. Les dossiers des hôpitaux donnent peu d'information sur les facteurs de risque. En outre, comme la prise en charge pharmacologique des cas de grossesse ectopique se fait de plus en plus en consultation externe, le dénombrement de ces grossesses pourrait être moins exhaustif. Il pourrait également y avoir des variations dans le diagnostic de la grossesse ectopique, particulièrement aux stades très précoces de la gestation. On ignore, par ailleurs, la fréquence des grossesses ectopiques infracliniques[4].

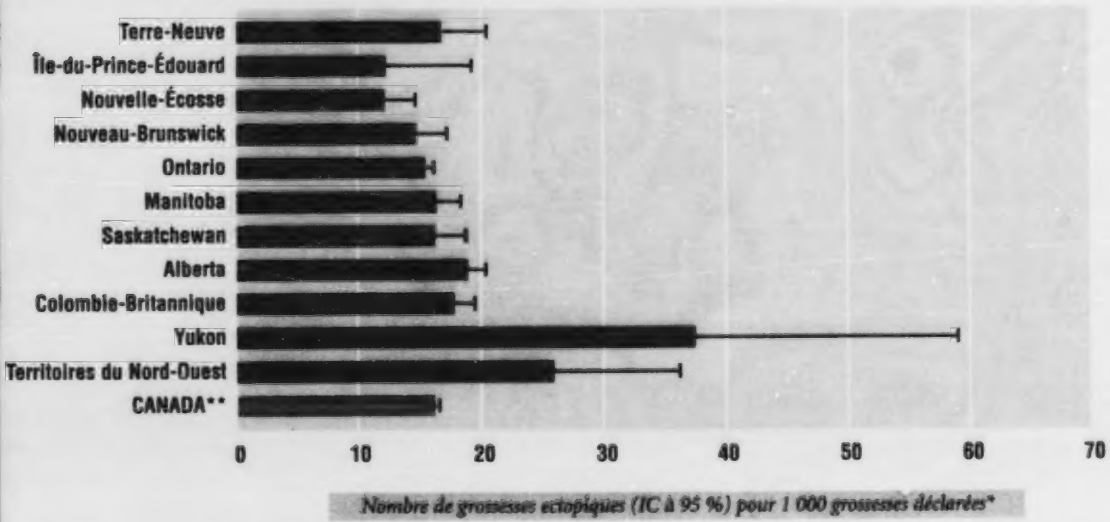
FIGURE 3.5 **Taux de grossesse ectopique*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1989-1990 à 1997-1998*

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

** La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 3.6 **Taux de grossesse ectopique*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

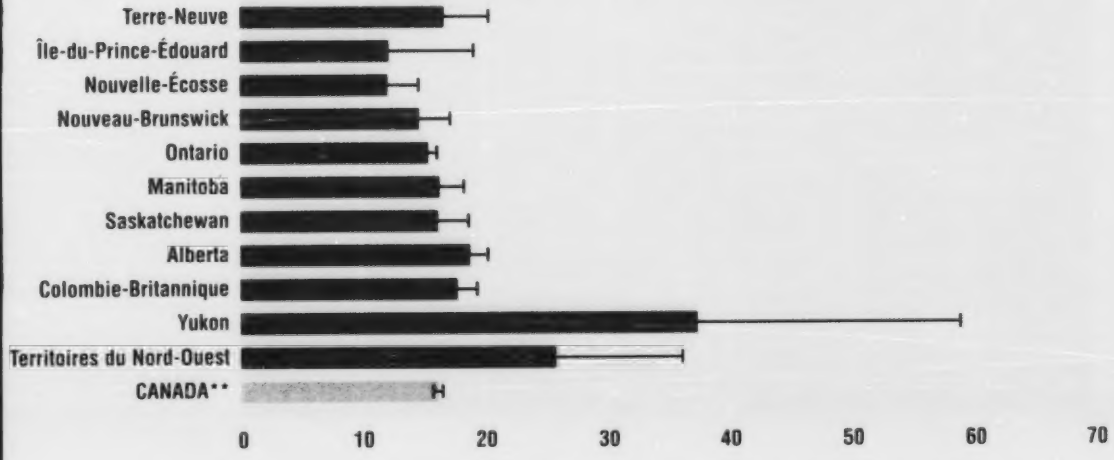
FIGURE 3.5 **Taux de grossesse ectopique*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1989-1990 à 1997-1998*

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

** La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 3.6 **Taux de grossesse ectopique*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*



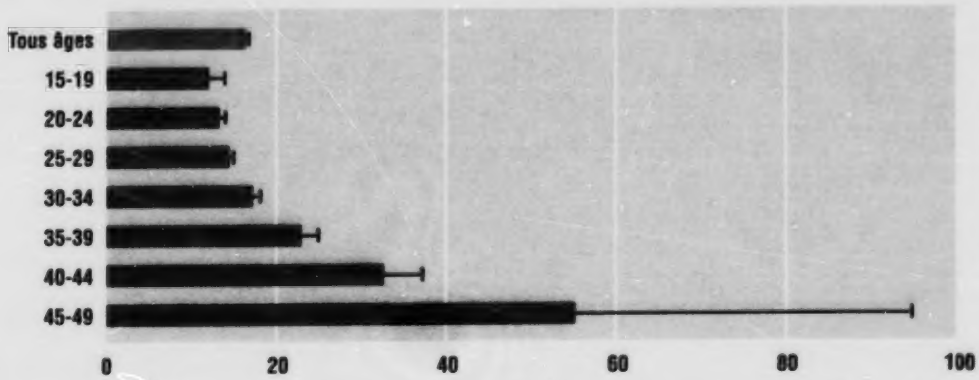
Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 3.7 **Taux de grossesse ectopique* selon l'âge de la mère,**
*Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. Cunningham, F.G., MacDonald, P.C., Grant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hankins, G.D.V. et coll. (éditeurs). *Williams Obstetrics*, 20e édition, Stamford, Connecticut : Appleton & Lange (1997), 607-34.
2. Coste, J., Job-Spira, N., Fernandez, H., Papiernik, E., Spira, A. Risk-factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors, *Am J Epidemiol* (1991), 133 : 839-49.
3. Egger, M., Low, N., Smith, G.D., Lindblom, B., Herrmann, B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis, *Br Med J* (1998), 316 : 1776-80.
4. Orr, P., Sherman, E., Blanchard, J., Fast, M., Hammond, G., Brunham, R. Epidemiology of infection due to *Chlamydia trachomatis* in Manitoba, Canada, *Clin Infect Dis* (1994), 19 : 867-83.

Ratio de morbidité maternelle grave

Le ratio de morbidité maternelle grave est défini comme le nombre de femmes atteintes d'une affection maternelle grave (qui constitue un danger de mort) pour 100 000 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). On peut aussi calculer le nombre de cas de morbidité maternelle grave pour 100 000 accouchements.

Comme les décès maternels sont rares, on se demande aujourd'hui si la surveillance des dangers pour la santé associés à la grossesse ne devrait pas inclure les événements qui mettent la vie en danger mais sans entraîner la mort[1-3]. Malgré les problèmes posés par la quantification de l'ampleur du problème, attribuables à des différences dans les définitions de la morbidité maternelle grave et dans les méthodes de certification, le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) a dressé une liste des affections liées à la grossesse et à l'accouchement qui risquent de mettre la vie en danger et qui pourraient être consignées dans les rapports de congé des hôpitaux. Il s'agit de l'embolie amniotique, de l'embolie pulmonaire obstétrique, de l'éclampsie, du choc septique, des complications liées à l'anesthésie, des troubles cérébrovasculaires, des hémorragies (ante et postpartum) nécessitant soit une transfusion soit une hystérectomie, et de la rupture utérine.

La présente section met l'accent sur l'embolie amniotique. De prochains rapports du SCSP traiteront des autres affections liées à la grossesse.

L'embolie amniotique peut être définie comme une infiltration du liquide amniotique dans la circulation sanguine maternelle pouvant entraîner de graves troubles cardio-respiratoires et la coagulation sanguine[4]. Ces événements rares (incidence déclarée oscillant entre 1 et 15 pour 100 000 accouchements) ont été associés à un taux de létalité élevé (jusqu'à 80 p. 100) ainsi qu'à un risque élevé de déficience neurologique chez les survivantes[4,5]. Environ 15 p. 100 des décès maternels directs au Canada sont attribués à l'embolie amniotique. On ne connaît aucun facteurs de risque prédisposant[6] et on ne sait comment prévenir cette affection[7].

Les taux d'incidence de l'embolie amniotique ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation.

Environ 15 p. 100 des décès maternels directs au Canada sont attribués à l'embolie amniotique. On ne connaît aucun facteur de risque prédisposant et on ne sait comment prévenir cette affection.

Résultats

- L'embolie amniotique est très rare au Canada. Son incidence globale pour la période de 1989-1990 à 1997-1998 était de 5,6 pour 100 000 accouchements (Tableau 3.2).
- On n'observe aucune tendance nette dans l'incidence ou dans le taux de létalité de l'embolie amniotique dans le temps.

Limites des données

Il n'existe aucun critère permettant de poser un diagnostic d'embolie amniotique de façon fiable; le diagnostic définitif se fait à l'autopsie[7]. Bien que l'on ne puisse juger de l'exactitude des diagnostics à partir de la source de données utilisée ici, la faiblesse des taux de létalité porte à croire que l'affection est sur-déclarée dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP). On sait que d'autres troubles sont parfois diagnostiqués comme des embolies amniotiques[6]. L'incidence déclarée et les taux de mortalité ne sont par ailleurs basés que sur les accouchements

Tableau 3.2 **Embolie amniotique : nombre, incidence et taux de létalité déclarés,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre	Incidence (pour 100 000 accouchements)	Nombre de mortalités	Taux de létalité pour 100 cas**
1989-1990	10	3,8	2	20,0
1990-1991	17	6,1	1	5,9
1991-1992	12	4,4	1	8,3
1992-1993	22	8,1	3	13,6
1993-1994	12	4,5	2	16,7
1994-1995	8	3,0	1	12,5
1995-1996	17	6,5	3	17,6
1996-1997	17	6,8	5	29,4
1997-1998	18	7,4	1	5,6
Total	**133**	**5,6**	**19**	**14,3**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** Même si le nombre de cas annuels et le nombre de décès sont faibles, le taux global de létalité observé de 14,3 p. 100, de même que les taux de létalité pour chaque année, sont bas comparativement aux taux de létalité de quelque 80 p. 100 déclarés dans les études menées en milieu hospitalier. Ceci porte à croire que l'incidence d'embolie amniotique pourrait être sur-déclarée dans la BDCP, peut-être en raison de la tendance à diagnostiquer des affections moins graves comme étant des embolies amniotiques[5].

faits à l'hôpital. L'embolie amniotique peut également survenir en association avec une interruption de grossesse.

L'embolie amniotique est l'un des indicateurs qui sera évalué dans le cadre de l'étude d'assurance de la qualité de la BDCP en cours, menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) grâce à l'aide financière et à la collaboration du SCSP.

Références

1. Mantel, G.D., Buchmann, E., Rees, H., Pattinson, R.C. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss, *Br J Obstet Gynaecol* (1998), 105 : 985-90.
2. Baskett, T.F., Sternadel, J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics, *Br J Obstet Gynaecol* (1998), 105 : 981-4.
3. Harmer, M. Maternal mortality — is it still relevant?, *Anesthesia* (1997), 52 : 99-100.
4. Morgan, M. Amniotic fluid embolism, *Anesthesia* (1979), 34 : 20-32.
5. Burrows, A., Khoo, S.K. The amniotic fluid embolism syndrome: 10 years experience at a major teaching hospital, *Aust-N-Z-J-Obstet-Gynaecol* (1995), 35 : 245-50.
6. Clark, S.L. Hankins, G.D., Dudley, D.A, Dildy, G.A. Porter, T.F. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry, *Am J Obstet Gynecol* (1995), 172 : 1158-69.
7. Clark, S.L. New concepts of amniotic fluid embolism: a review, *Obstet-Gynecol-Surv* (1990), 45 : 360-8.

Tableau 3.2 **Embolie amniotique : nombre, incidence et taux de létalité déclarés,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre	Incidence (pour 100 000 accouchements)	Nombre de *mortalités*	Taux de létalité *pour 100 cas***
1989-1990	10	3,8	2	20,0
1990-1991	17	6,1	1	5,9
1991-1992	12	4,4	1	8,3
1992-1993	22	8,1	3	13,6
1993-1994	12	4,5	2	16,7
1994-1995	8	3,0	1	12,5
1995-1996	17	6,5	3	17,6
1996-1997	17	6,8	5	29,4
1997-1998	18	7,4	1	5,6
Total	**133**	**5,6**	**19**	**14,3**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** Même si le nombre de cas annuels et le nombre de décès sont faibles, le taux global de létalité observé de 14,3 p. 100, de même que les taux de létalité pour chaque année, sont bas comparativement aux taux de létalité de quelque 80 p. 100 déclarés dans les études menées en milieu hospitalier. Ceci porte à croire que l'incidence d'embolie amniotique pourrait être sur-déclarée dans la BDCP, peut-être en raison de la tendance à diagnostiquer des affections moins graves comme étant des embolies amniotiques[5].

faits à l'hôpital. L'embolie amniotique peut également survenir en association avec une interruption de grossesse.

L'embolie amniotique est l'un des indicateurs qui sera évalué dans le cadre de l'étude d'assurance de la qualité de la BDCP en cours, menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) grâce à l'aide financière et à la collaboration du SCSP.

Références

1. Mantel, G.D., Buchmann, E., Rees, H., Pattinson, R.C. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss, *Br J Obstet Gynaecol* (1998), 105 : 985-90.
2. Baskett, T.F., Sternadel, J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics, *Br J Obstet Gynaecol* (1998), 105 : 981-4.
3. Harmer, M. Maternal mortality — is it still relevant?, *Anesthesia* (1997), 52 : 99-100.
4. Morgan, M. Amniotic fluid embolism, *Anesthesia* (1979), 34 : 20-32.
5. Burrows, A., Khoo, S.K. The amniotic fluid embolism syndrome: 10 years experience at a major teaching hospital, *Aust-N-Z-J-Obstet-Gynaecol* (1995), 35 : 245-50.
6. Clark, S.L. Hankins, G.D., Dudley, D.A, Dildy, G.A. Porter, T.F. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry, *Am J Obstet Gynecol* (1995), 172 : 1158-69.
7. Clark, S.L. New concepts of amniotic fluid embolism: a review, *Obstet-Gynecol-Surv* (1990), 45 : 360-8.

Taux de réadmission de la mère suivant le congé après l'accouchement

Le taux de réadmission de la mère après son congé est défini comme le nombre de mères réadmises à l'hôpital dans les trois mois qui suivent le premier congé de l'hôpital (après un accouchement) par rapport au nombre total de femmes qui ont obtenu leur congé de l'hôpital suivant l'accouchement (dans un lieu donné et à un moment donné).

Le taux de réadmission de la mère après son congé peut servir à évaluer approximativement le nombre des complications liées à l'accouchement[1,2]. La réhospitalisation de la mère tient à plusieurs facteurs : gravité de la maladie, disponibilité des ressources hospitalières, distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital, habitudes du médecin, politiques d'admission de l'hôpital et accessibilité des services de consultation externe. En général, le sujet a été sous-étudié et la littérature scientifique portant sur les effets de la réhospitalisation de la mère sur sa santé et sur celle de son enfant est peu abondante[3,4].

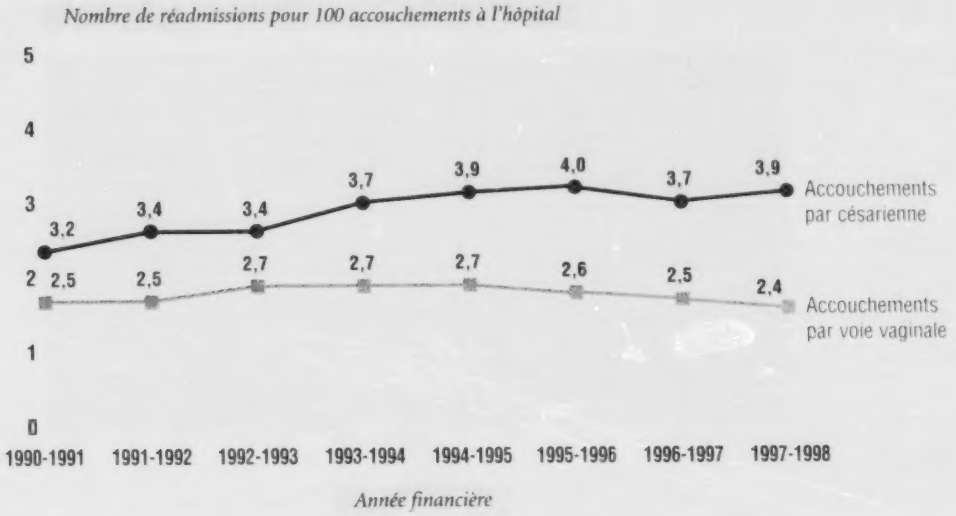
La réhospitalisation de la mère tient à plusieurs facteurs : gravité de la maladie, disponibilité des ressources hospitalières, distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital, habitudes du médecin, politiques d'admission de l'hôpital et accessibilité des services de consultation externe.

Le taux de réadmission de la mère après son congé a été estimé à partir des données sur l'hospitalisation. Les cas de réadmission ont été identifiés en couplant les dossiers d'accouchement opératoire et les dossiers de réadmission. Les résultats sont présentés séparément pour les naissances par voie vaginale et les naissances par césarienne.

Résultats

- Entre 1990 et 1997, le taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant l'accouchement par voie vaginale est demeuré assez stable, variant entre 2,4 et 2,7 p. 100 des accouchements. Les taux de réadmission suivant un accouchement par césarienne ont augmenté, passant de 3,2 p. 100 des accouchements en 1990 à 3,9 p. 100 en 1997 (Figure 3.8).
- En 1995-1997, le taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant l'accouchement a énormément varié selon les provinces et les territoires, tant pour les accouchements par césarienne que pour les accouchements par voie vaginale (Figure 3.9). Ces différences régionales pourraient être dues, en partie, à des variations dans les politiques hospitalières relatives aux admissions et aux congés.
- Chez les femmes ayant accouché à l'hôpital entre 1995 et 1997, la proportion de réadmissions attribuables à un diagnostic primaire donné a différé selon qu'il s'agissait d'un accouchement par césarienne ou d'un accouchement par voie vaginale (Tableau 3.3).

FIGURE 3.8 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1990-1991 à 1997-1998*

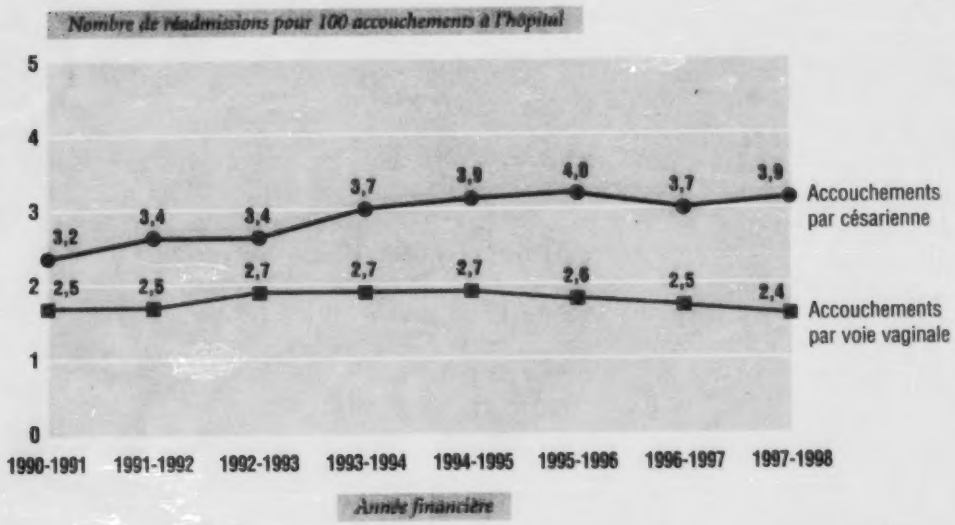


Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1990-1991 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans d'autres établissements après la naissance de l'enfant et les femmes dont la durée du séjour initial dépassait les 20 jours ont été exclues des analyses.

** La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 3.8 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1990-1991 à 1997-1998*

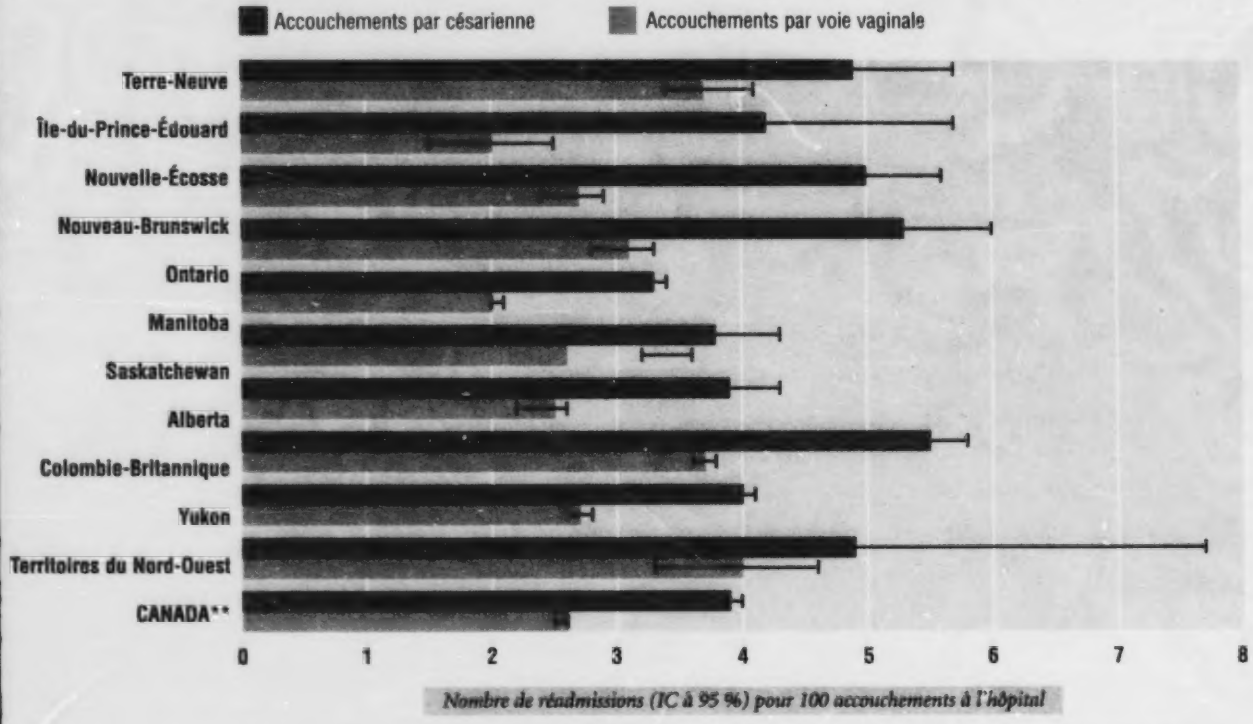


Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1990-1991 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans d'autres établissements après la naissance de l'enfant et les femmes dont la durée du séjour initial dépassait les 20 jours ont été exclues des analyses.

** La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 3.9 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées après la naissance de l'enfant et les femmes dont la durée du séjour initial dépassait les 20 jours ont été exclues des analyses.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Limites des données

Comme la détermination de la réadmission maternelle se fonde sur le couplage des dossiers, quelques cas de réadmission après accouchement ont pu être omis lorsqu'aucun lien n'a pu être établi entre les dossiers des services d'obstétrique et les dossiers de réadmission.

Tableau 3.3 **Pourcentage des réadmissions maternelles dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*, par diagnostic primaire,** *Canada (à l'exception du Québec)***, 1995-1996 à 1997-1998*

Diagnostic primaire à la réadmission (code CIM-9)	Mode de délivrance		
	Total (%)	Césarienne (%)	Vaginale (%)
1. Hémorragie du post-partum (666)	14,4	6,8	17,1
2. Lithiase biliaire (574)	13,2	11,4	13,8
3. Infection puerpuérale grave (670)	10,1	10,2	10,1
4. Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs (674)	7,2	20,4	2,6
5. Examen et soins du post-partum (V24)	3,6	4,4	3,4
6. Autres motifs de recours aux services de santé (V65)	3,5	1,5	4,2
7. Infection du sein et du mamelon associée à l'accouchement (675)	3,1	1,9	3,5
8. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	2,2	2,3	2,2
9. Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	2,3	2,4	2,3
10. Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (789)	1,9	1,8	1,9
11. Mesures contraceptives (V25)	1,5	0,4	1,9
12. Autres complications relatives à des interventions, non classées ailleurs (998)	1,2	2,4	0,8
13. Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	1,1	1,6	1,0
14. Autres diagnostics	34,7	32,6	35,4
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1995-1997.
Manitoba Health, Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database, 1995-1997.

* Les femmes qui ont été directement transférées après la naissance de l'enfant et les femmes dont la durée du séjour initial dépassait les 20 jours ont été exclues des analyses.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

Références

1. Meikle, S.F., Lyons, E., Hulac, P., Orleans, M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, *Am J Obstet Gynecol* (1998), 179 : 166-71.
2. Glazener, C.M., Abdalla, M., Stroud, P., Naji, S., Templeton, A., Russell, I.T. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment, *Br J Obstet Gynaecol* (1995), 102 : 282-7.
3. Grimes, D.A. The morbidity and mortality of pregnancy : still risky business, *Am J Obstet Gynecol* (1994), 170 : 1489-94.
4. Danel, I., Johnson, C., Berg, C., Flowers, L., Atrash, H. Length of maternal hospital stay for uncomplicated deliveries, 1988-1995: The impact of maternal and hospital characteristics, *Matern Child Health J* (1997), 1 : 237-42.

Tableau 3.3 **Pourcentage des réadmissions maternelles dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*, par diagnostic primaire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Diagnostic primaire à la readmission (code CIM-9)	Mode de délivrance		
	Total (%)	Césarienne (%)	Vaginale (%)
1. Hémorragie du post-partum (666)	14,4	6,8	17,1
2. Lithiase biliaire (574)	13,2	11,4	13,8
3. Infection puerpuérale grave (670)	10,1	10,2	10,1
4. Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs (674)	7,2	20,4	2,6
5. Examen et soins du post-partum (V24)	3,6	4,4	3,4
6. Autres motifs de recours aux services de santé (V65)	3,5	1,5	4,2
7. Infection du sein et du mamelon associée à l'accouchement (675)	3,1	1,9	3,5
8. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	2,2	2,3	2,2
9. Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	2,3	2,4	2,3
10. Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (789)	1,9	1,8	1,9
11. Mesures contraceptives (V25)	1,5	0,4	1,9
12. Autres complications relatives à des interventions, non classées ailleurs (998)	1,2	2,4	0,8
13. Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	1,1	1,6	1,0
14. Autres diagnostics	34,7	32,6	35,4
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1995-1997.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1997.

* Les femmes qui ont été directement transférées après la naissance de l'enfant et les femmes dont la durée du séjour initial dépassait les 20 jours ont été exclues des analyses.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

Références

1. Meikle, S.F., Lyons, E., Hulac, P., Orleans, M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, *Am J Obstet Gynecol* (1998), 179 : 166-71.
2. Glazener, C.M., Abdalla, M., Stroud, P., Naji, S., Templeton, A., Russell, I.T. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment, *Br J Obstet Gynaecol* (1995), 102 : 282-7.
3. Grimes, D.A. The morbidity and mortality of pregnancy : still risky business, *Am J Obstet Gynecol* (1994), 170 : 1489-94.
4. Danel, I., Johnson, C., Berg, C., Flowers, L., Atrash, H. Length of maternal hospital stay for uncomplicated deliveries, 1988-1995: The impact of maternal and hospital characteristics, *Matern Child Health J* (1997), 1 : 237-42.

4

Effets sur la santé du fœtus et de l'enfant

Taux de prématurité

Le taux de prématurité est défini comme le nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel à la naissance est inférieur à 37 semaines complètes (moins de 259 jours) par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

La prématurité a été définie comme l'un des principaux problèmes de santé périnatale dans les pays industrialisés[1]. La prématurité est responsable de 75 à 85 p. 100 de la mortalité périnatale au Canada[2] et constitue un déterminant important de la mortalité néonatale et infantile, dont les troubles neurologiques du développement, les troubles respiratoires chroniques, la susceptibilité aux infections et les problèmes ophtalmologiques[1]. Malgré l'importance de la prématurité, ses causes et modes de prévention demeurent mal comprises.

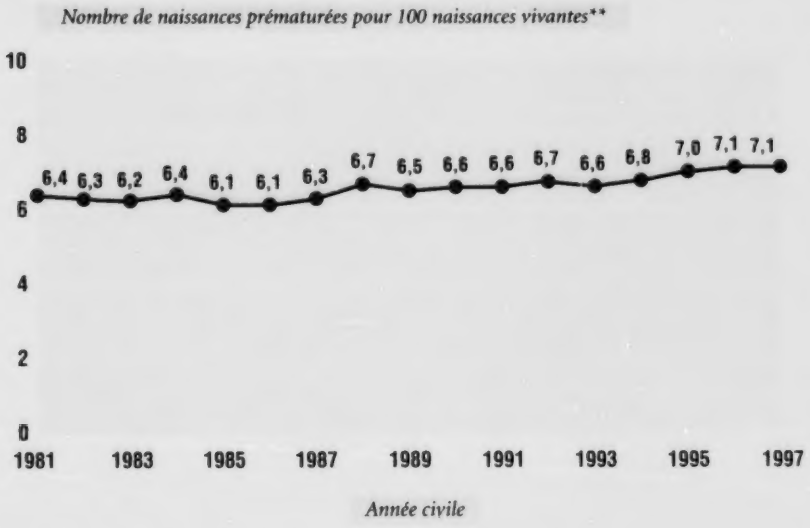
Les taux de prématurité ont été calculés à partir des statistiques de l'état civil.

La prématurité est responsable de 75 à 85 p. 100 de la mortalité périnatale au Canada et constitue un déterminant important de la mortalité néonatale et infantile, dont les troubles neurologiques du développement, les troubles respiratoires chroniques, la susceptibilité aux infections et les problèmes ophtalmologiques.

Résultats

- En 1997, le taux de prématurité au Canada s'établissait à 7,1 pour 100 naissances vivantes. Ce taux augmente depuis 1981 (Figure 4.1). Au nombre des raisons invoquées pour expliquer cette augmentation, mentionnons les changements dans la fréquence et l'âge gestationnel des grossesses multiples, l'augmentation des interventions obstétricales, l'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) comme des naissances vivantes et l'utilisation accrue de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel[3,4].
- En 1997, on a noté une augmentation marquée des taux de prématurité chez les jumeaux et dans les grossesses de rang plus élevé (Figure 4.2). Les naissances simples représentaient toutefois encore plus de 80 p. 100 de toutes les naissances avant terme.
- En 1997, les taux de prématurité des provinces et territoires variaient de 6 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 8,1 p. 100 dans les Territoires du Nord-Ouest (Figure 4.3).

FIGURE 4.1 **Taux de prématurité,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1997*

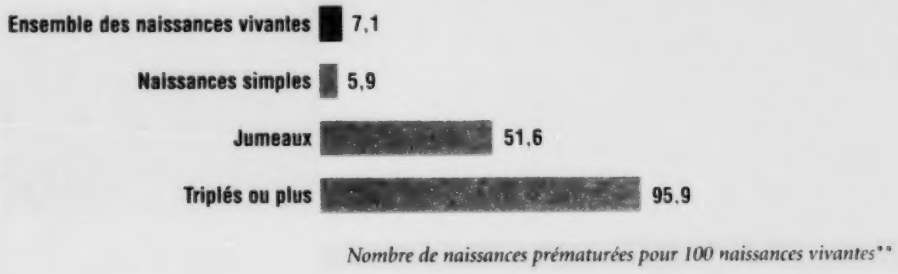


Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.

* L'Ontario est exclue à cause d'un problème dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce que l'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.2 **Taux de prématurité, accouchements simples et multiples,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

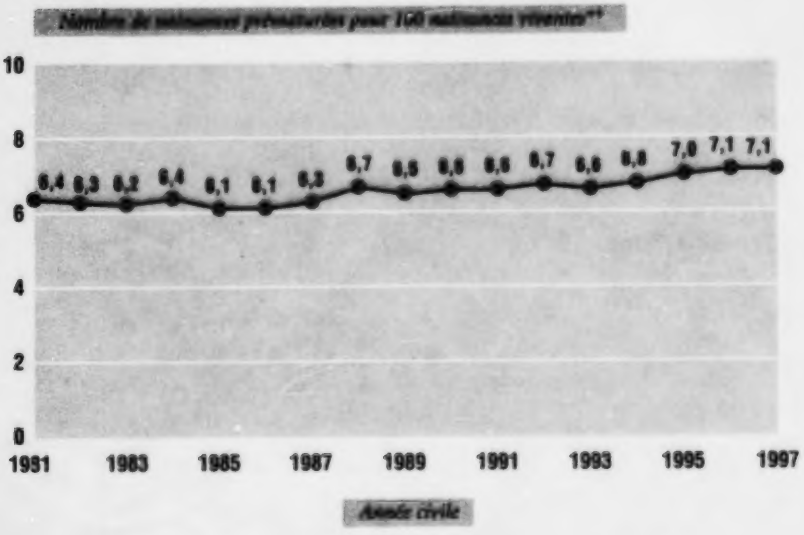


Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.1 **Taux de prématurité,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1997*

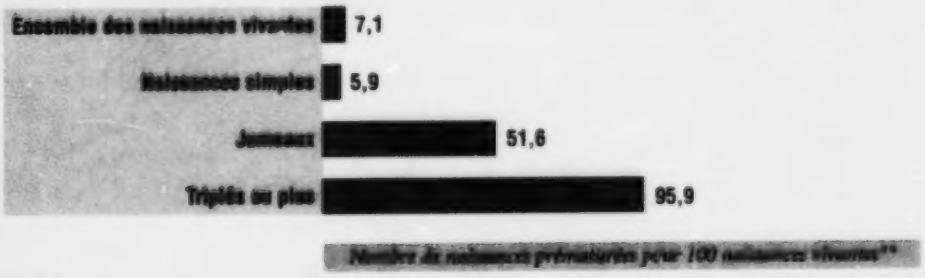


Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.

* L'Ontario est exclue à cause d'un problème dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce que l'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.2 **Taux de prématurité, accouchements simples et multiples,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

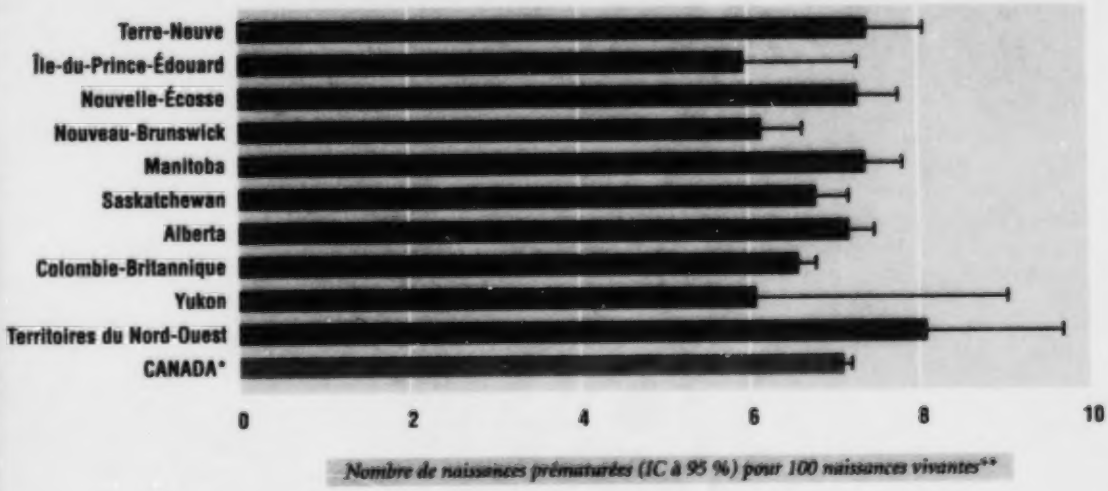


Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.3 **Taux de prématurité, par province/territoire,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.
** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.
IC — intervalle de confiance.

Limites des données

Une limite importante de la surveillance des naissances prématurées et de la recherche sur le sujet tient au risque d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, en particulier lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations[5]. Cette erreur pourrait être attribuable à des renseignements erronés fournis par la femme, à l'interprétation de saignements post-conceptionnels comme des règles normales, à des cycles menstruels irréguliers ou à des fausses couches non reconnues[1].

Références

1. Berkowitz, G., Papiernik E. Epidemiology of preterm birth, *Epidemiol Rev* (1993), 15 : 414-43.
2. Moutquin, J.M., Papiernik, E. Can we lower the rate of preterm birth?, *Bull SOGC* (1990), septembre : 19-20.
3. Joseph, K.S., Kramer, M.S., Marcoux, S, Ohlsson, A., Wen, S.W., Allen, A. et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994, *N Engl J Med* (1998), 339 : 1434-39.
4. Kramer, M.S., Platt, R., Yang, H., Joseph, K.S., Wen, S.W., Morin, L. et coll. Secular trends in preterm birth: A hospital-based cohort study. *J Am Med Assoc* (1998), 280 : 1849-54.
5. Kramer, M.S., McLean, F.H., Boyd, M.E., Usher, R.H. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations, *J Am Med Assoc* (1988), 260 : 3306-8.

Taux de postmaturité

Le taux de postmaturité est défini comme le nombre total de naissances (mortinaissances et naissances vivantes) où l'âge gestationnel de l'enfant s'établit à 42 semaines complètes de grossesse ou plus (294 jours ou plus) par rapport au nombre total de naissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

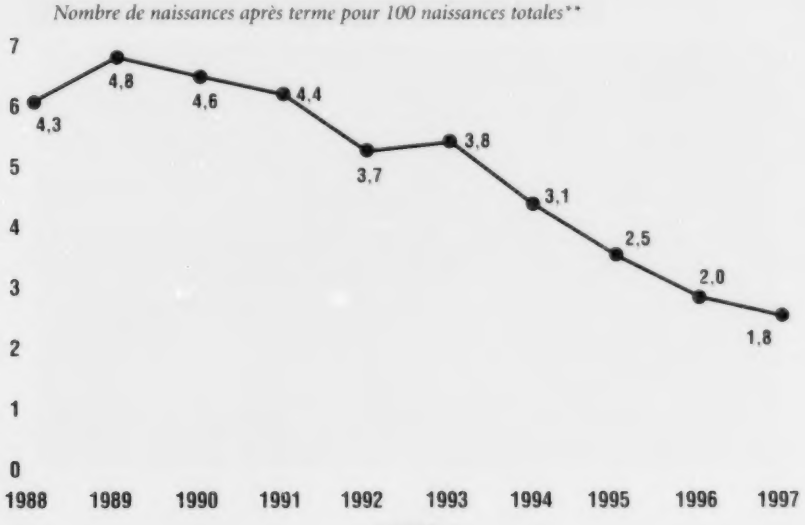
On associe la postmaturité à un risque accru de mortalité fœtale et infantile[1,2]. Les principales causes de l'augmentation de la mortalité périnatale dans les naissances après terme sont le travail prolongé, l'anoxie inexpliquée et les convulsions néonatales[3]. La prise en charge de la grossesse après terme soulève la controverse (intervention ou expectation). D'après des essais contrôlés randomisés, le déclenchement du travail d'indication facultative pourrait réduire la mortalité périnatale sans augmenter les taux d'accouchements par césarienne[4,5].

Les taux de postmaturité ont été calculés à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Les taux de postmaturité ont considérablement chuté au Canada entre 1988 et 1997, passant de 4,3 à 1,8 p. 100 (Figure 4.4). Le phénomène est dû en partie à l'utilisation accrue de l'échographie pour l'estimation de l'âge gestationnel et au recours plus fréquent au déclenchement du travail dans le cas des naissances après terme.
- En 1997, les taux de postmaturité ont grandement varié selon les provinces et territoires du Canada, oscillant de 0,9 p. 100 à Terre-Neuve et au Québec à 5 p. 100 au Yukon (Figure 4.5). Ces variations régionales pourraient être attribuables à des différences dans le recours à l'échographie pour estimer l'âge gestationnel ou au déclenchement du travail lors des naissances après terme.

FIGURE 4.4 **Taux de postmaturité,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*



Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Ne comprend pas les naissances lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.

Taux de postmaturité

Le taux de postmaturité est défini comme le nombre total de naissances (mortinaissances et naissances vivantes) où l'âge gestationnel de l'enfant s'établit à 42 semaines complètes de grossesse ou plus (294 jours ou plus) par rapport au nombre total de naissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

On associe la postmaturité à un risque accru de mortalité fœtale et infantile[1,2]. Les principales causes de l'augmentation de la mortalité périnatale dans les naissances après terme sont le travail prolongé, l'anoxie inexpliquée et les convulsions néonatales[3]. La prise en charge de la grossesse après terme soulève la controverse (intervention ou expectation). D'après des essais contrôlés randomisés, le déclenchement du travail d'indication facultative pourrait réduire la mortalité périnatale sans augmenter les taux d'accouchements par césarienne[4,5].

Les taux de postmaturité ont été calculés à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Les taux de postmaturité ont considérablement chuté au Canada entre 1988 et 1997, passant de 4,3 à 1,8 p. 100 (Figure 4.4). Le phénomène est dû en partie à l'utilisation accrue de l'échographie pour l'estimation de l'âge gestationnel et au recours plus fréquent au déclenchement du travail dans le cas des naissances après terme.
- En 1997, les taux de postmaturité ont grandement varié selon les provinces et territoires du Canada, oscillant de 0,9 p. 100 à Terre-Neuve et au Québec à 5 p. 100 au Yukon (Figure 4.5). Ces variations régionales pourraient être attribuables à des différences dans le recours à l'échographie pour estimer l'âge gestationnel ou au déclenchement du travail lors des naissances après terme.

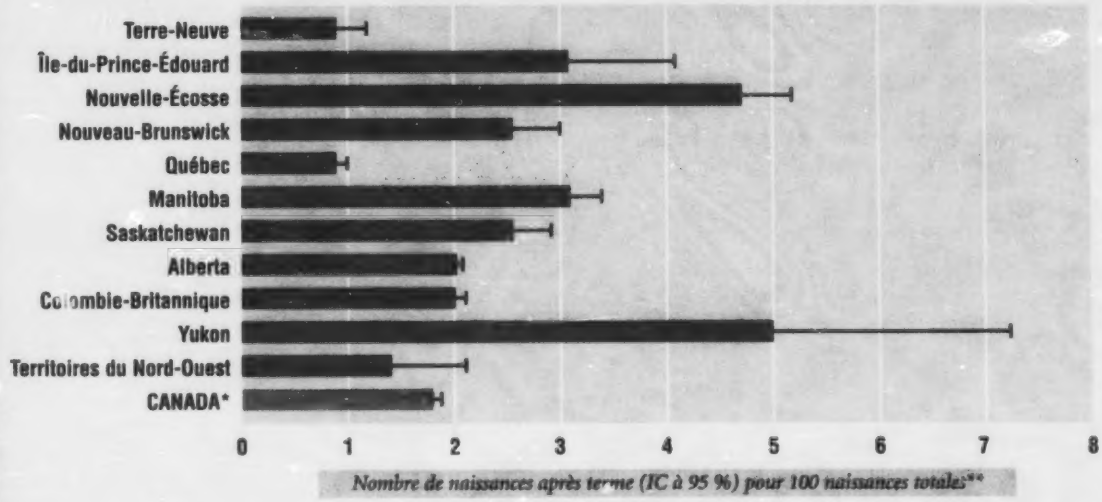
FIGURE 4.4 **Taux de postmaturité,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Ne comprend pas les naissances lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.5 Taux de postmaturité, par province/territoire,
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.
** Ne comprend pas les naissances lorsque l'âge gestationnel n'est pas connu ou est inférieur à 20 semaines.
IC — intervalle de confiance.

Les taux de postmaturité ont considérablement chuté au Canada entre 1988 et 1997, passant de 4,3 à 1,8 p. 100. Le phénomène est dû, en partie, à l'utilisation accrue de l'échographie pour l'estimation de l'âge gestationnel. Il tient aussi au recours plus fréquent au déclenchement du travail dans le cas des naissances après terme.

Limites des données

La surveillance de la postmaturité et la recherche sur le sujet sont grandement limitées du fait des risques d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, notamment lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations[6]. Cette erreur pourrait être attribuable à des renseignements erronés fournis par la femme, à l'interprétation de saignements post-conceptionnels comme des règles normales, à des cycles menstruels irréguliers ou à des fausses couches non reconnues[7].

Références

1. Hilder, L., Costeloe, K., Thilaganathan, B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality, *Br J Obstet Gynecol* (1998), 105 : 169-73.
2. Lucas, W.E., Anetil, A.O., Callagan, D.A. The problem of postterm pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* (1965), 91 : 241.
3. Naeye, R.L. Causes of perinatal excess deaths in prolonged gestations, *Am J Epidemiol* (1978), 108 : 429-33.
4. Sue-A-Quan, A.K., Hannah, M.E., Cohen, M.M., Foster, G.A., Liston, R.M. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1999), 160 : 1145-9.
5. Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hellmann, J., Hewson, S., Milner, R., Willan, A. et le Canadian Multicenter Post-Term Pregnancy Trial Group. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial, *N Engl J Med* (1992), 326 : 1587-92.
6. Kramer, M.S., McLean, F.H., Boyd, M.E., Usher, R.H. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations, *J Am Med Assoc* (1988), 22 : 3306-8.
7. Berkowitz, G.S., Papiernik, E. Epidemiology of preterm birth, *Epidemiol Rev* (1993), 15 : 414-43.

Croissance fœtale : taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale

1) Le taux d'hypotrophie fœtale est défini comme le nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe en-dessous du 10^{e} percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).
2) Le taux d'hypertrophie fœtale est défini comme le nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessus du 90^{e} percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

D'autres critères sont parfois utilisés pour définir l'hypotrophie ou l'hypertrophie fœtale, p. ex., le 5^{e} percentile et le 95^{e} percentile de poids à la naissance selon l'âge gestationnel.

Comme il est difficile de mesurer la croissance du fœtus dans l'utérus, on a recours à une mesure transversale de la croissance fœtale, le poids à la naissance selon l'âge gestationnel, tant en pratique clinique qu'en santé publique[1,2]. L'arrêt de la croissance fœtale est lié à la hausse du taux de morbidité et de mortalité périnatales; la croissance fœtale accélérée peut entraîner la macrosomie et des complications de naissance connexes[1]. La surveillance des indicateurs de croissance fœtale peut s'avérer utile pour repérer les populations qui présentent un risque accru d'arrêt de la croissance fœtale et de macrosomie, et pour élaborer des programmes de santé publique visant à réduire les risques pour la santé liés à ces deux troubles. On a signalé que l'hypertrophie fœtale, notamment, est fréquente chez les femmes autochtones du Canada[3].

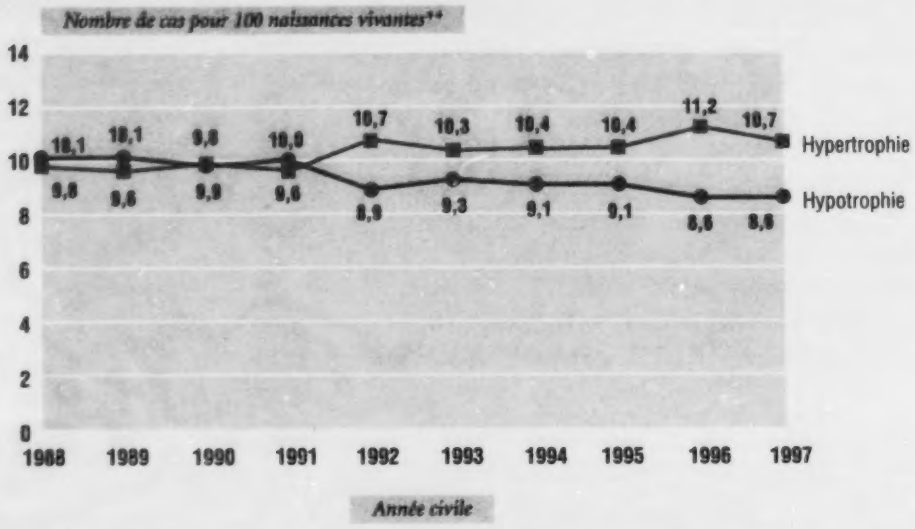
Les taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtales ont été calculés à partir des statistiques de l'état civil. Les critères utilisés pour ces analyses se fondent sur une population canadienne standard du milieu des années 80[2].

Résultats

Entre 1988 et 1997, le taux d'hypotrophie fœtale a diminué au Canada. Durant la même période, le taux d'hypertrophie fœtale a augmenté.

- Entre 1988 et 1997, le taux d'hypotrophie fœtale a diminué au Canada (Figure 4.6). Cette baisse est probablement due, en partie, à l'utilisation accrue de l'échographie pour déterminer l'âge gestationnel, qui accroît l'exactitude de la mesure. Durant la même période, le taux d'hypertrophie fœtale a augmenté. En plus d'être, elle aussi, attribuable à l'amélioration de la mesure de l'âge gestationnel, cette hausse pourrait s'expliquer, en partie, par l'augmentation de la croissance fœtale avec le temps.
- En 1997, le taux d'hypotrophie fœtale variait de 6,2 p. 100 dans les Territoires du Nord-Ouest à 9,9 p. 100 au Yukon (Figure 4.7); le taux d'hypertrophie fœtale variait de 9,4 p. 100 au Québec à 15,0 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 4.8). Ces variations régionales pourraient être dues, en partie, à des différences dans le profil des populations (c.-à-d. l'origine ethnique). D'autres recherches doivent être faites pour mieux comprendre ces tendances et variations.

FIGURE 4.6 **Taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*

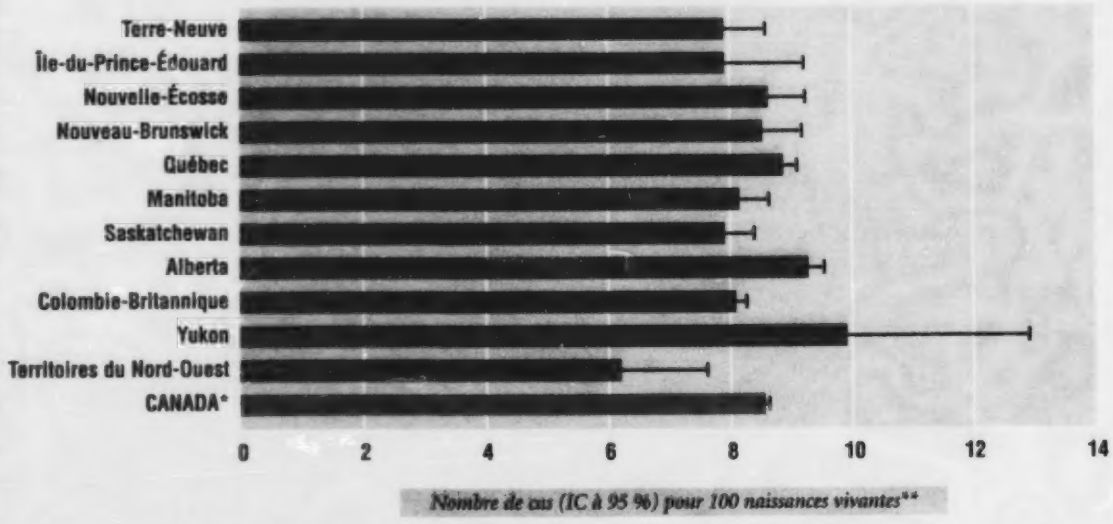


Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel et le poids à la naissance ne sont pas connus ou l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.7 **Taux d'hypotrophie fœtale, par province/territoire,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel et le poids à la naissance ne sont pas connus ou l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

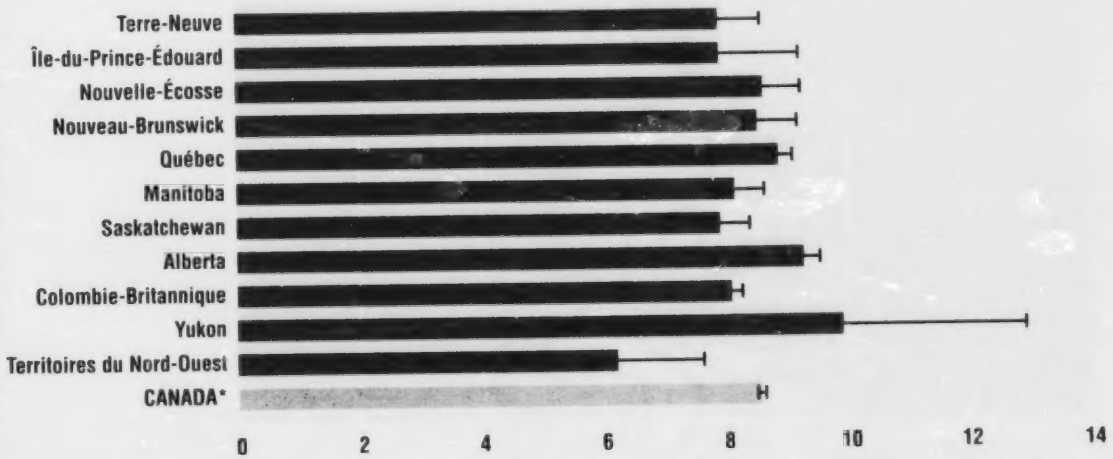
FIGURE 4.6 **Taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel et le poids à la naissance ne sont pas connus ou l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

FIGURE 4.7 **Taux d'hypotrophie fœtale, par province/territoire,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*



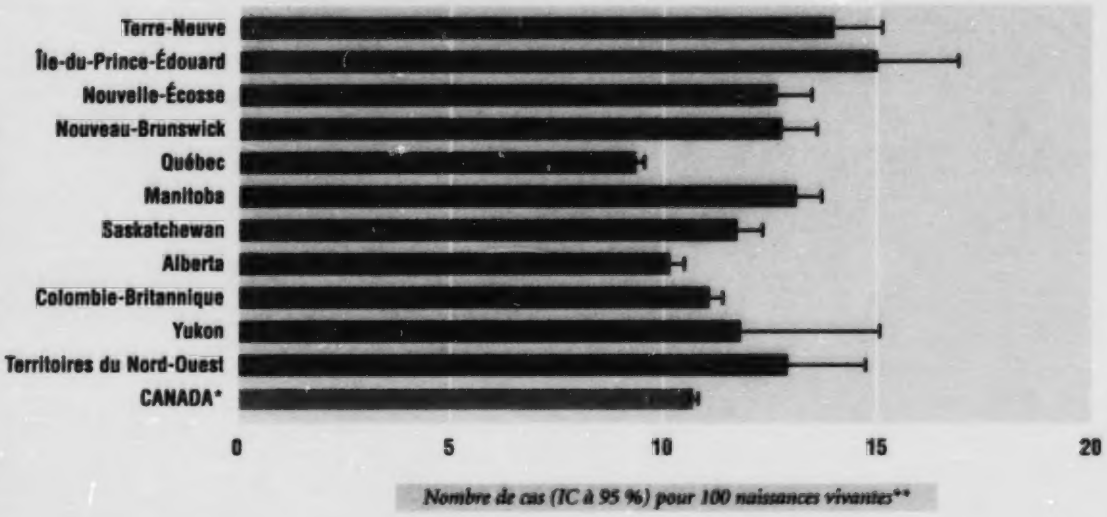
Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel et le poids à la naissance ne sont pas connus ou l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.8 Taux d'hypertrophie fœtale, par province/territoire, *Canada (à l'exception de l'Ontario)*, 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

** Ne comprend pas les naissances vivantes lorsque l'âge gestationnel et le poids à la naissance ne sont pas connus ou l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

Limites des données

La surveillance de l'hypotrophie et de l'hypertrophie fœtales et la recherche sur le sujet sont grandement limitées du fait des risques d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, notamment lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations[4]. On peut considérablement accroître l'exactitude des estimations de l'âge gestationnel en recourant à l'échographie tôt au cours du second trimestre[4]. Les taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtales sont des mesures relatives, et ils varient sensiblement selon le critère utilisé pour leur calcul. Le critère utilisé ici[2] est aujourd'hui quelque peu périmé. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) est à mettre au point un nouveau critère fondé sur des données sur l'âge plus solides et sur de meilleures analyses.

Références

1. Cunningham, F.G., MacDonald, P.C., Grant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hankins, G.D.V. et coll. (éditeurs). *Williams Obstetrics*, 20e édition, Stamford, Connecticut : Appleton & Lange (1997).
2. Arbuckle, T.E., Wilkins, R., Sherman, G.J. Birth weight percentiles by gestational age in Canada, *Obstet Gynecol* (1993), 81 : 39-48.
3. Thomson, M. Poids élevé à la naissance chez la communauté autochtone de la Colombie-Britannique, *Revue canadienne de santé publique* (1990), 81 : 443-6.
4. Kramer, M.S., McLean, F.H., Boyd, M.E., Usher, R.H. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations, *J Am Med Assoc* (1988), 260 : 3306-8.

Taux de mortalité fœtale et infantile

1) Le taux de mortalité fœtale est défini comme le nombre de mortinaissances (500 g ou plus, ou 20 semaines de gestation ou plus) pour 1 000 naissances totales (enfants vivants et enfants morts-nés), dans un lieu donné et à un moment donné.
2) Le taux de mortalité infantile est défini comme le nombre de décès d'enfants vivants à la naissance au cours de la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

On peut subdiviser la mortalité fœtale en deux composantes : la mortalité fœtale précoce (jusqu'à 28 semaines complètes de gestation) et la mortalité fœtale en fin de période de gestation (à 28 semaines complètes de gestation ou plus). De son côté, la mortalité infantile peut se subdiviser en trois composantes : la mortalité néonatale précoce (0-6 jours), la mortalité néonatale tardive (7-27 jours) et la mortalité postnéonatale (28-364 jours). Il est possible de préciser les taux de mortalité fœtale et infantile en calculant les taux de mortalité selon le poids à la naissance, selon l'âge gestationnel et selon l'âge au moment de la mort. On peut aussi les préciser en calculant les taux de mortalité selon la cause. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) étudie actuellement les tendances temporelles des taux de mortalité infantile selon la cause.

Le taux de mortalité infantile constitue le meilleur indicateur unique pour juger de l'état de santé d'une société donnée. Les taux de mortalité fœtale et infantile ont chuté radicalement dans presque tous les pays au cours du dernier siècle grâce à l'amélioration des méthodes d'assainissement, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins de santé maternels et infantiles[1]. Cette baisse a toutefois ralenti au cours des dernières années.[2] Néanmoins, les écarts dans le risque de mortalité infantile persistent toujours, même dans des pays comme le Canada.

Les taux de mortalité fœtale et infantile ont chuté radicalement dans presque tous les pays au cours du dernier siècle grâce à l'amélioration des méthodes d'assainissement, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins de santé maternels et infantiles. Cette baisse a toutefois ralenti au cours des dernières années.

Le Dr Brian McCarthy, des Centers for Disease Control and Prevention à Atlanta, Georgia, a mis au point un cadre conceptuel pour la surveillance périnatale de la mortalité fœtale et infantile évitable. Les estimations de la mortalité fœtale et infantile évitable se fondent sur une tabulation en croix des données relatives au poids à la naissance et à l'âge au moment de la mort, présentées sous forme de tableau à 16 cases (Tableau 4.1). Chacune des 16 cases représente deux aspects de la santé périnatale : (a) les issues périnatales (mortalité selon l'âge au moment de la mort et selon le poids à la naissance); et (b) les déterminants associés à ces issues (santé maternelle, soins à la mère, soins au nouveau-né et environnement du nourrisson).

Selon ce modèle, les morts fœtales à la fin de la période de gestation ainsi que les morts néonatales et postnéonatales chez les bébés pesant moins de 1 500 g peuvent être attribuées, en grande partie, aux facteurs qui influent sur la santé de la mère. Les morts fœtales tardives chez les bébés pesant 1 500 g ou plus peuvent être dues aux soins insuffisants dispensés à la mère. Les soins insuffisants prodigués aux nouveau-nés, notamment l'accès limité aux soins intensifs néonatals, tendent à faire augmenter le taux de mortalité néonatale précoce chez les bébés pesant 1 500 g ou plus à la naissance et le taux de mortalité néonatale tardive chez les bébés de poids intermédiaire (entre 1 500 et 2 499 g). Enfin, les morts postnéonatales de bébés pesant 1 500 g ou plus à la naissance et la mortalité néonatale tardive chez les bébés de poids normal à la naissance (2 500 g ou plus)

sont attribuables, dans une large mesure, à des facteurs présents dans l'environnement du nourrisson (p. ex. la prévention et le contrôle des blessures). Les estimations de la surmortalité fœtale et infantile (mortalité évitable) mettent en évidence certaines lacunes au chapitre de la santé maternelle, de la qualité des soins maternels et des soins au nouveau-né, et de l'environnement du nourrisson dans certains sous-groupes de la population. Ce genre d'information est utile aux autorités de santé publique et aux gestionnaires des soins de santé périnatale, pour mettre au point les programmes.

Les estimations de la surmortalité fœtale et infantile (mortalité évitable) mettent en évidence certaines lacunes au chapitre de la santé maternelle, de la qualité des soins maternels et des soins au nouveau-né, et de l'environnement du nourrisson dans certains sous-groupes de la population.

Les taux de mortalité fœtale et infantile ont été calculés à partir des statistiques de l'état civil. Pour calculer la surmortalité fœto-infantile (mortalité évitable), il faut établir des liens entre les naissances et les décès de nourrissons à partir des renseignements figurant dans les certificats de naissance et de décès. Nous n'avons pas inclus la mortalité selon la cause dans le présent rapport.

Résultats

- Entre 1988 et 1997, le taux de mortalité fœtale a fluctué entre 5,2 et 4,4 pour 1 000 naissance totales. Le taux de mortalité néonatale est passé de 4,7 à 3,9 pour 1 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité postnéonatale, de 2,7 à 1,7 pour 1 000 nouveau-nés survivants (Figure 4.9).
- En 1997, on a observé d'importantes variations dans les taux de mortalité fœtale, néonatale et, en particulier, postnéonatale entre les provinces et les territoires canadiens (Figures 4.10, 4.11, 4.12).
- Entre 1992 et 1996, des occasions se sont présentées de prévenir la mortalité fœto-infantile au chapitre de la santé maternelle, des soins à la mère, des soins au nouveau-né et de l'environnement du nourrisson. Ces occasions ont cependant énormément varié selon la province ou le territoire. Le Tableau 4.2 donne, pour chaque province et territoire, un taux et un nombre pour la santé maternelle, les soins à la mère, les soins au nouveau-né et l'environnement du nourrisson. Le taux illustre la différence entre le taux provincial ou territorial et le taux de référence (mortalité fœto-infantile chez les Québécoises ayant 14 ans ou plus de scolarité). Le nombre représente le nombre de morts en plus ou en moins (–) dans chaque catégorie, établi en appliquant la différence entre le taux de la province ou du territoire et la valeur de référence à la population de la province ou du territoire en question. Par exemple, pour Terre-Neuve, dans la catégorie « santé maternelle », le taux de mortalité fœtale, néonatale et postnéonatale chez les bébés pesant moins de 1 500 g dépasse la valeur de référence de 2,7 pour 1 000 naissances, ce qui se traduit par un surplus de 85 morts fœtales ou infantiles que l'on aurait peut-être pu prévenir par des interventions en santé maternelle. Pour la Saskatchewan, dans la catégorie « environnement du nourrisson », le taux de mortalité néonatale tardive chez les bébés pesant 2 500 g ou moins à la naissance et le taux de postnéonatalité chez les bébés pesant 1 500 g ou plus à la naissance est de 1,8 pour 1 000 naissances supérieur à la valeur de référence, ce qui se traduit par un surplus de 127 décès infantiles que l'on aurait pu prévenir par des interventions au niveau de l'environnement du nourrisson.
- On trouvera à l'annexe E une tabulation détaillée de la mortalité infantile au Canada selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel pour la période de 1994 à 1996, ainsi que les variations interprovinciales/territoriales de la mortalité infantile selon le poids à la naissance et l'âge gestationnel pour la période de 1992 à 1996.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Tableau 4.1 **Cadre pour l'estimation de la mortalité fœtale et infantile évitable selon le poids à la naissance et l'âge au décès**

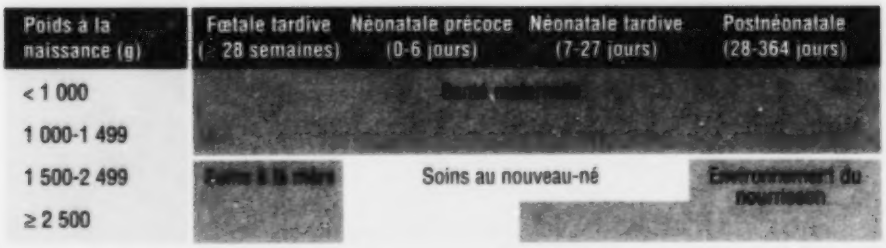


Tableau 4.2 **Taux de surmortalité fœto-infantile par 1 000 naissances et nombre de décès* évitables selon l'occasion d'intervention, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario),** 1992-1996*

Province/Territoire	Occasions d'intervention							
	Santé maternelle		Soins à la mère		Soins au nouveau-né		Env. du nourrisson	
	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables
Terre-Neuve	2,7	85	0,7	22	0,6	19	0,7	22
Île-du-Prince-Édouard	1,6	14	2,2	19	0,0	0	0,6	5
Nouvelle-Écosse	2,1	118	1,7	96	0,1	6	0,3	17
Nouveau-Brunswick	1,3	58	1,7	75	0,4	18	0,7	31
Québec	1,1	499	0,7	318	0,1	45	0,3	136
Manitoba	3,9	320	1,5	123	0,2	16	1,2	98
Saskatchewan	2,7	190	1,6	113	0,5	35	1,8	127
Alberta	2,7	540	1,6	320	0,2	40	1,0	200
Colombie-Britannique	1,8	420	1,0	233	0,0	0	0,7	163
Yukon	(-0,1)	(- 0)	2,9	7	0,0	0	2,3	6
Territoires du Nord-Ouest	2,6	21	2,5	20	0,7	6	6,5	52
CANADA**	**1,9**	**2 129**	**1,1**	**1 317**	**0,1**	**188**	**0,7**	**852**

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Le taux de référence est la mortalité chez les enfants nés de mères québécoises ayant une scolarité de 14 ans ou plus (données de 1990-1991). Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau 4.1 **Cadre pour l'estimation de la mortalité fœtale et infantile évitable selon le poids à la naissance et l'âge au décès**

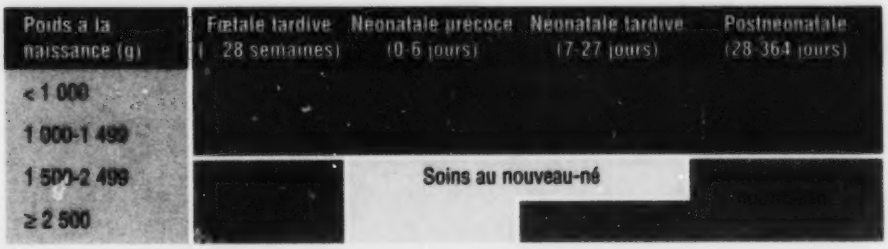


Tableau 4.2 **Taux de surmortalité fœto-infantile par 1 000 naissances et nombre de décès* évitables selon l'occasion d'intervention, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario),** 1992-1996*

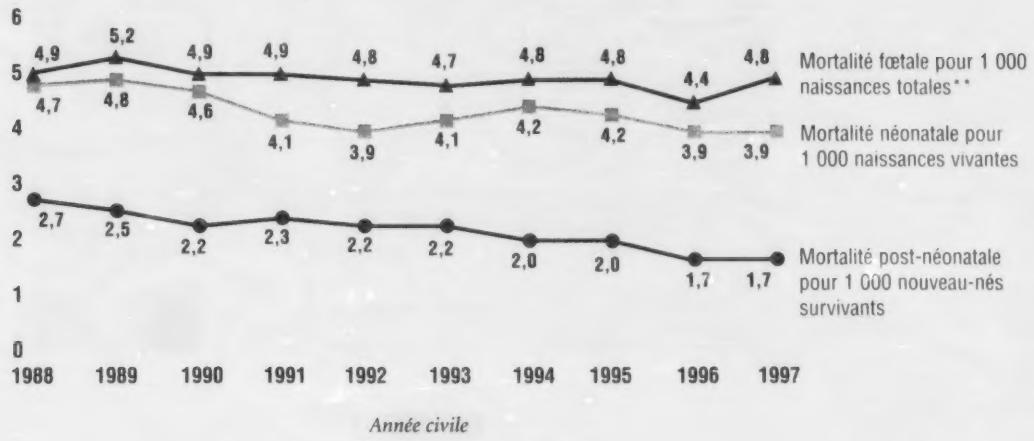
Province/Territoire	Occasions d'intervention							
	Santé maternelle		Soins à la mère		Soins au nouveau-né		Env. du nourrisson	
	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables	Taux mortalité excessive	Nombre de décès évitables
Terre-Neuve	2,7	85	0,7	22	0,6	19	0,7	22
Île-du-Prince-Édouard	1,6	14	2,2	19	0,0	0	0,6	5
Nouvelle-Écosse	2,1	118	1,7	96	0,1	6	0,3	17
Nouveau-Brunswick	1,3	58	1,7	75	0,4	18	0,7	31
Québec	1,1	499	0,7	318	0,1	45	0,3	136
Manitoba	3,9	320	1,5	123	0,2	16	1,2	98
Saskatchewan	2,7	190	1,6	113	0,5	35	1,8	127
Alberta	2,7	540	1,6	320	0,2	40	1,0	200
Colombie-Britannique	1,8	420	1,0	233	0,0	0	0,7	163
Yukon	(-0,1)	(- 0)	2,9	7	0,0	0	2,3	6
Territoires du Nord-Ouest	2,6	21	2,5	20	0,7	6	6,5	52
CANADA**	1,9	2 129	1,1	1 317	0,1	188	0,7	852

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Le taux de référence est la mortalité chez les enfants nés de mères québécoises ayant une scolarité de 14 ans ou plus (données de 1990-1991). Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

FIGURE 4.9 **Taux de mortalité fœtale, néonatale et post-néonatale,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*

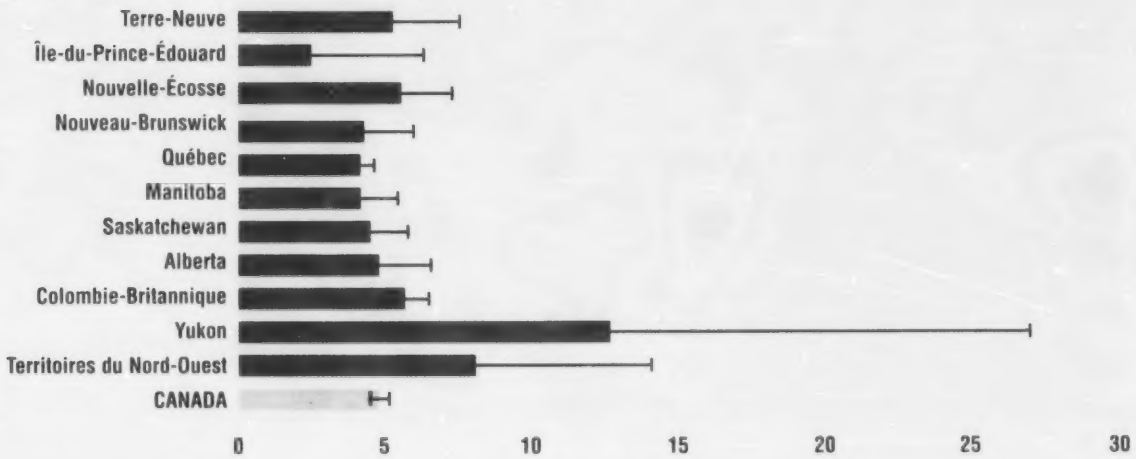


Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1988-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Les taux de mortalité fœtale excluent des enfants nés avec un poids à la naissance connu inférieur à 500 g. L'Ontario est exclue des taux de mortalité fœtale à cause de problèmes dans la qualité des données.

FIGURE 4.10 **Taux de mortalité fœtale*, par province/territoire,**
*Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1997*



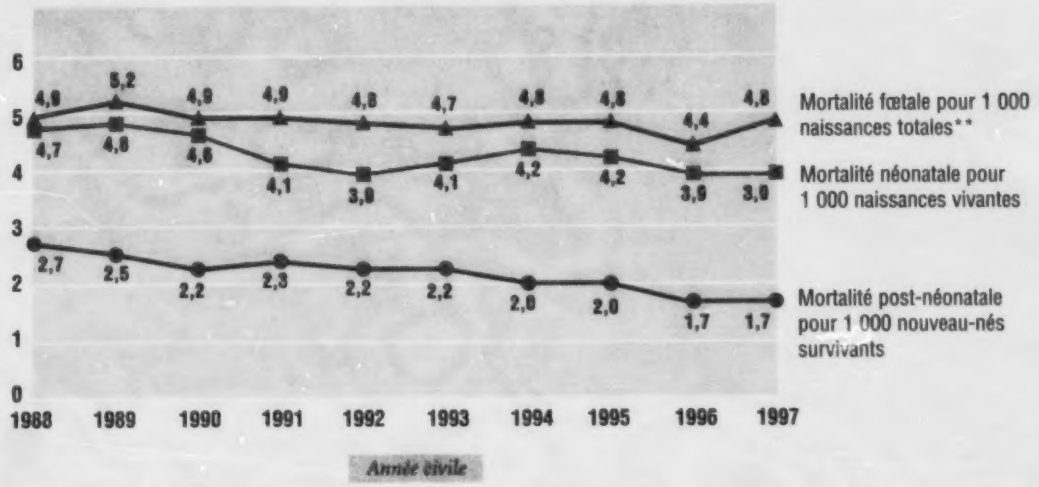
Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1997.

* Les taux de mortalité fœtale excluent des enfants nés avec un poids à la naissance connu inférieur à 500 g.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.9 **Taux de mortalité fœtale, néonatale et post-néonatale,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*

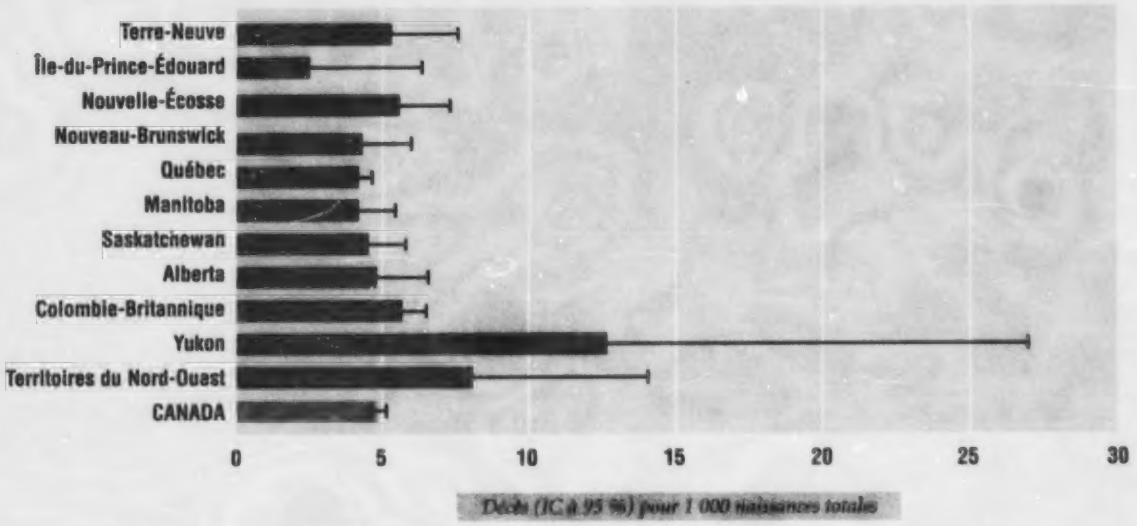


Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

** Les taux de mortalité fœtale excluent des enfants nés avec un poids à la naissance connu inférieur à 500 g. L'Ontario est exclue des taux de mortalité fœtale à cause de problèmes dans la qualité des données.

FIGURE 4.10 **Taux de mortalité fœtale*, par province/territoire,**
*Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1997*



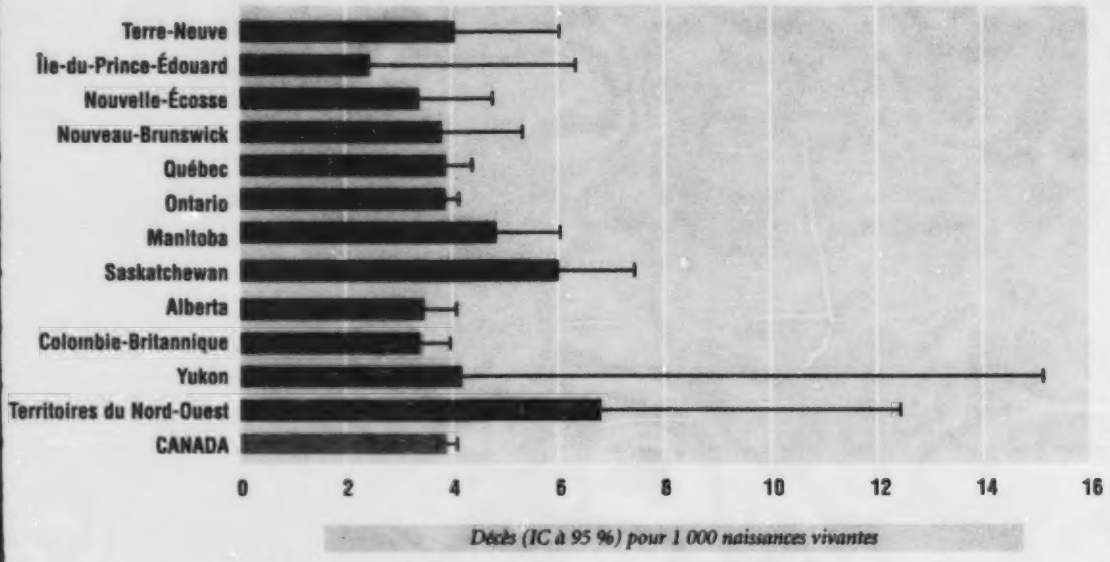
Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* Les taux de mortalité fœtale excluent des enfants nés avec un poids à la naissance connu inférieur à 500 g.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

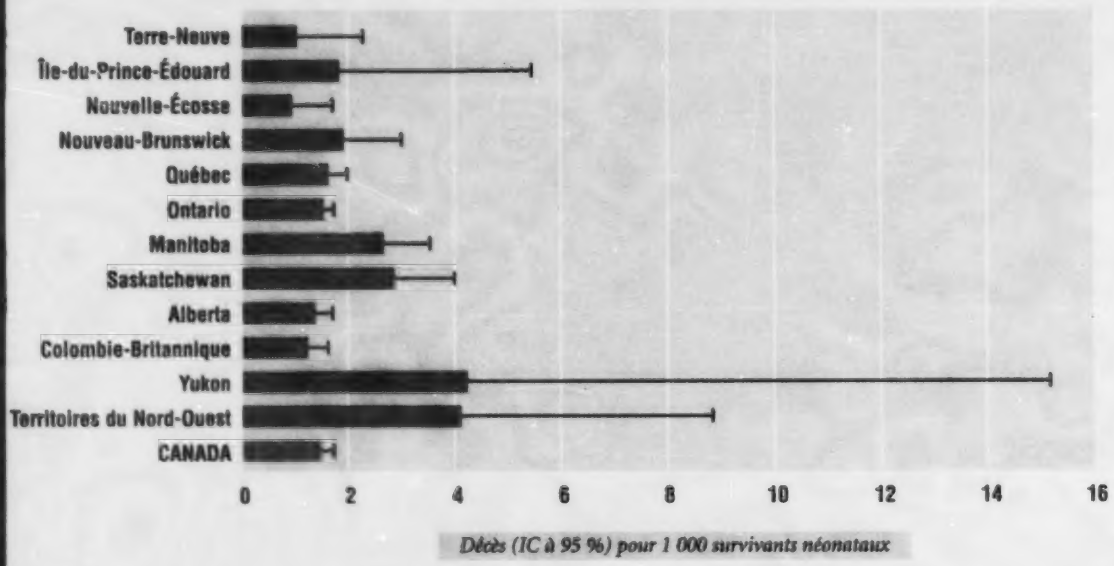
IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.11 Taux de mortalité néonatale, par province/territoire, *Canada, 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.12 Taux de mortalité post-néonatale, par province/territoire, *Canada, 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Limites des données

Les statistiques de l'état civil sont sujettes à des erreurs d'enregistrement, notamment pour les nouveau-nés immatures extrêmement petits[3,4]. Le couplage des données sur les naissances et les décès de nourrissons n'a pu être fait pour 2 à 3 p. 100 des décès (ce pourcentage exclut les données de l'Ontario).

Références

1. Buehler, J.W., Kleinman, J.C., Hodgue, C.J., Strauss, L.T., Smith, J.C. Birth weight-specific infant mortality, United States, 1960 to 1980, *Public Health Rep* (1987), 102 : 151-61.
2. Kleinman, J.C. The slowdown in the infant mortality decline, *Paediatr Perinat Epidemiol* (1990); 4 : 373-81.
3. Joseph, K.S., Kramer, M.S. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 grams, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1996), 155 : 1047-52.
4. Joseph, K.S., Allen, A., Kramer, M.S., Cyr, M., Fair, M. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500g in Canada, 1985-95, *Pediatr Perinat Epidemiol* (1999), 13 : 278-87.

[redacted]

Le taux de morbidité néonatale grave est défini comme le nombre d'enfants atteints d'une affection néonatale grave au cours du premier mois de la vie par rapport au nombre total de naissances d'enfants vivants (dans un lieu donné et à un moment donné).

Une morbidité grave au cours de la période néonatale constitue un prédicteur important de mortalité et de déficience postnéonatale[1]. La classification des affections constituant une morbidité néonatale grave peut certes varier, mais il n'en reste pas moins que certaines affections sont plus susceptibles que d'autres de donner lieu à une incapacité à long terme, notamment le syndrome de détresse respiratoire (SDR) grave, la septicémie, les convulsions, l'hémorragie intra-ventriculaire grave, la circulation fœtale chronique et les malformations congénitales multisystémiques. Qui plus est, ces affections sont souvent associées les unes aux autres. Par exemple, l'hémorragie intra-ventriculaire permet de prévoir le développement de convulsions; la circulation fœtale chronique est liée à la septicémie et au SDR.

Cette section met l'accent sur le SDR. Les autres affections seront abordées dans de prochains rapports sur la santé périnatale du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP).

Les taux de SDR ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation.

Après avoir affiché une diminution au début des années 90, le taux de SDR est demeuré stable ces dernières années.

Résultats

- En 1997, le taux de SDR s'établissait à 10,7 pour 1 000 naissances vivantes au Canada. Après avoir affiché une diminution au début des années 90, le taux de SDR est demeuré stable ces dernières années (Figure 4.13).
- Les taux provinciaux et territoriaux de SDR varient énormément, allant de 2,6 pour 1 000 naissances vivantes dans les Territoires du Nord-Ouest à 19,4 pour 1 000 naissances vivantes à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 4.14). Ces importantes variations entre régions pourraient être attribuables, en partie, à des différences dans l'application de la définition de cas du SDR.

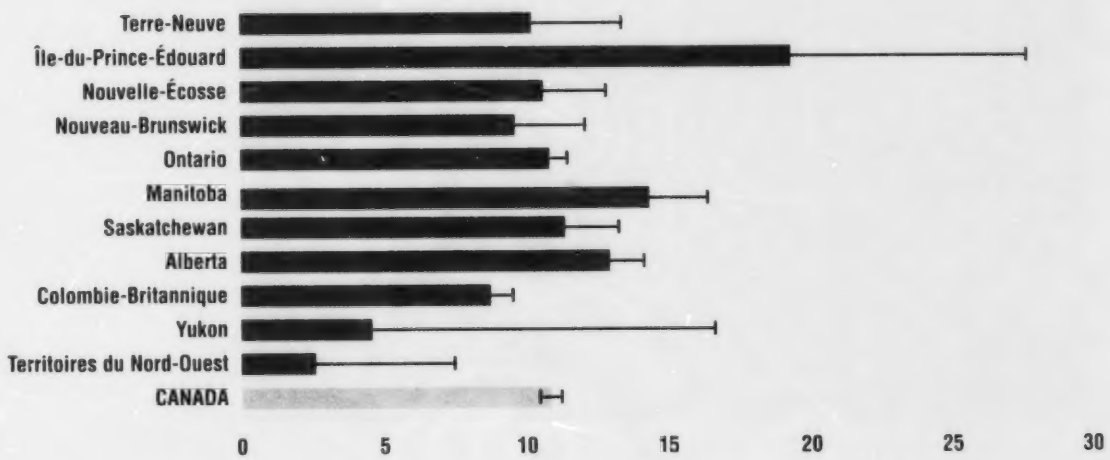
FIGURE 4.13 **Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1989-1990 à 1997-1998*

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent ceux de bébés diagnostiqués au moment de la naissance seulement.

** La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 4.14 **Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database,1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent ceux de bébés diagnostiqués au moment de la naissance seulement.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

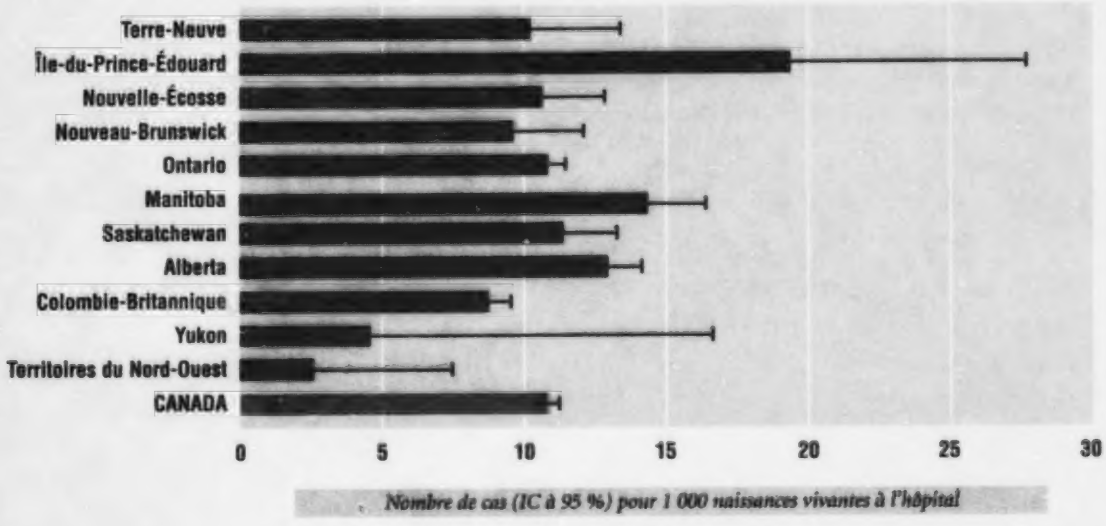
FIGURE 4.13 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*, *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1989-1990 à 1997-1998*

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent ceux de bébés diagnostiqués au moment de la naissance seulement.

** La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 4.14 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*, par province/territoire, *Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database,1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent ceux de bébés diagnostiqués au moment de la naissance seulement.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

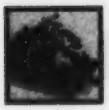
IC — intervalle de confiance.

Limites des données

Les limites de la surveillance de la morbidité néonatale grave tiennent avant tout aux limites des bases de données hospitalières sur les congés. Plus précisément, les variations dans les définitions de cas et dans le codage d'affections particulières pourraient avoir une incidence sur les taux déclarés. En général, les limites des bases de données utilisées devraient se traduire par une sous-estimation de la morbidité néonatale grave. De même, l'information telle que codée ne fait pas de distinction entre les degrés de gravité d'une affection particulière.

Références

1. Behrman, R.E., Shiono, P.H. Neonatal risk factors. Dans : Fanhroff, A.A., Martin, R.J. (éditeurs), *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant*, 6e édition, volume 1, St. Louis : Mosby Publications (1997), 3-12.



Taux de naissance multiple

L'augmentation des naissances chez les mères âgées et le recours accru aux traitements de fertilité et à la procréation assistée sont les causes premières de l'augmentation récente des naissances multiples.

Le taux de naissance multiple est défini comme le nombre de naissances vivantes et de mortinaissances suivant une grossesse à gestation multiple par rapport au nombre total des naissances vivantes et des mortinaissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

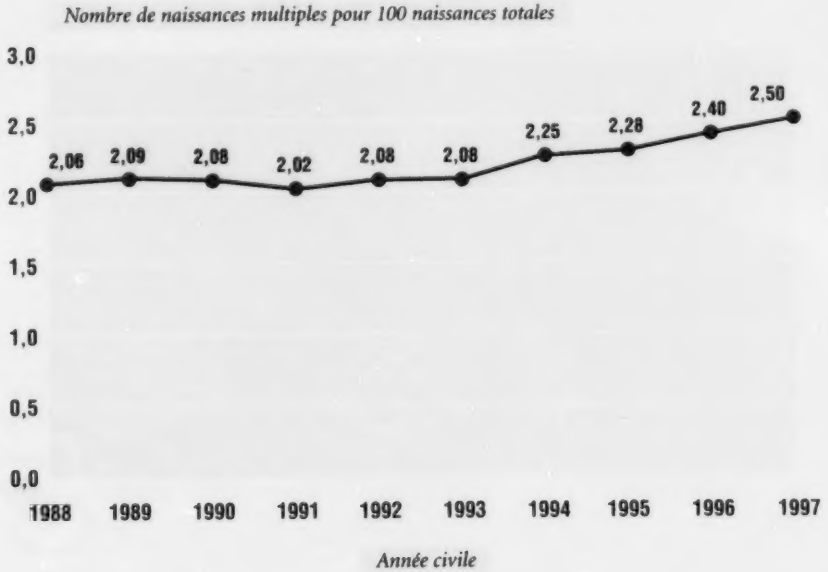
Les risques de prématurité[1], de retard de croissance intra-utérin, de rétinopathie, d'hémorragie intra-ventriculaire et de dysplasie bronchopulmonaire[2] sont plus élevés dans les grossesses multiples. Ces nourrissons exigent parfois des services de santé supplémentaires, y compris des soins intensifs néonatals.

Les taux de naissance multiple ont été établis à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Les taux de naissance multiple n'ont cessé d'augmenter dans le temps, passant de 2,1 p. 100 en 1988 à 2,5 p. 100 en 1997 (Figure 4.15). L'augmentation des naissances chez les mères âgées et le recours accru aux traitements de fertilité et à la procréation assistée sont les causes premières de l'augmentation récente des naissances multiples[3].
- En 1997, les taux de naissance multiple étaient semblables dans les provinces et territoires canadiens, sauf au Yukon (Figure 4.16). Le taux plus élevé observé au Yukon doit être interprété avec prudence, étant donné qu'il n'est basé que sur un petit nombre de naissances.

FIGURE 4.15 Taux de naissance multiple,
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*



Source : Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

Taux de naissance multiple

L'augmentation des naissances chez les mères âgées et le recours accru aux traitements de fertilité et à la procréation assistée sont les causes premières de l'augmentation récente des naissances multiples.

Le taux de naissance multiple est défini comme le nombre de naissances vivantes et de mortinaissances suivant une grossesse à gestation multiple par rapport au nombre total des naissances vivantes et des mortinaissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

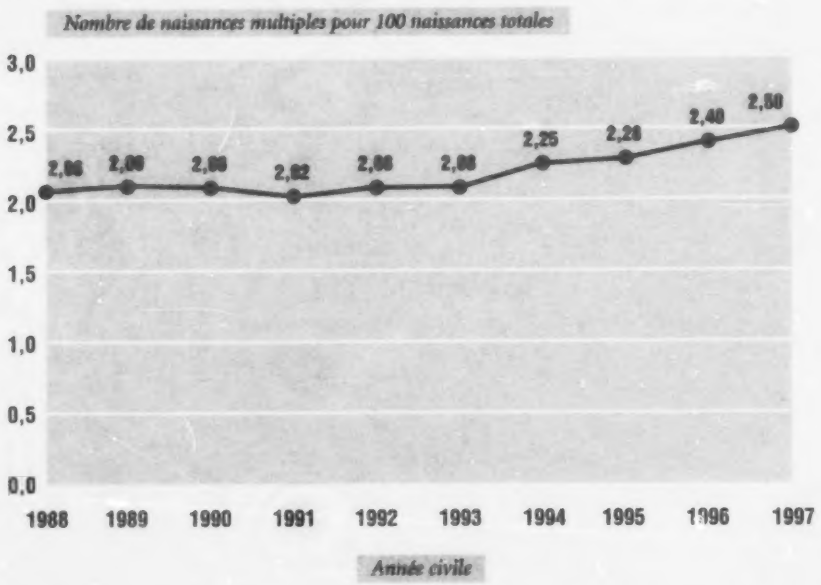
Les risques de prématurité[1], de retard de croissance intra-utérin, de rétinopathie, d'hémorragie intra-ventriculaire et de dysplasie bronchopulmonaire[2] sont plus élevés dans les grossesses multiples. Ces nourrissons exigent parfois des services de santé supplémentaires, y compris des soins intensifs néonatals.

Les taux de naissance multiple ont été établis à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

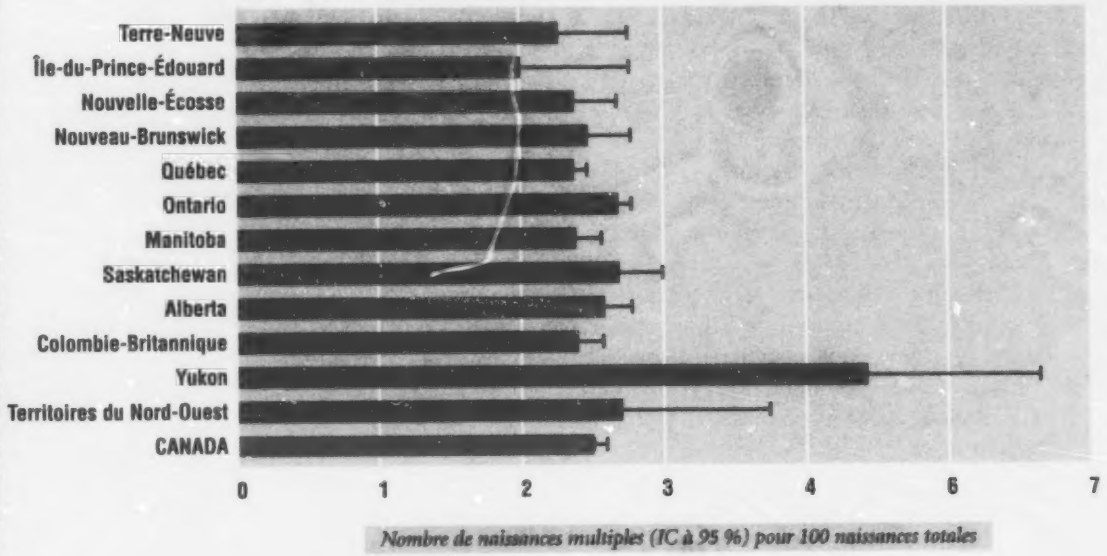
- Les taux de naissance multiple n'ont cessé d'augmenter dans le temps, passant de 2,1 p. 100 en 1988 à 2,5 p. 100 en 1997 (Figure 4.15). L'augmentation des naissances chez les mères âgées et le recours accru aux traitements de fertilité et à la procréation assistée sont les causes premières de l'augmentation récente des naissances multiples[3].
- En 1997, les taux de naissance multiple étaient semblables dans les provinces et territoires canadiens, sauf au Yukon (Figure 4.16). Le taux plus élevé observé au Yukon doit être interprété avec prudence, étant donné qu'il n'est basé que sur un petit nombre de naissances.

FIGURE 4.15 Taux de naissance multiple,
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*



Source : Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède pas de données nationales pour la période d'avant 1991.

FIGURE 4.16 Taux de naissance multiple, par province/territoire, *Canada, 1997*



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Limites des données

Les données canadiennes sur les naissances multiples proviennent des certificats de naissances et pourraient être sujettes à certaines erreurs de transcription.

Références

1. Newman, R.B., Ellings, J.M. Antepartum management of the multiple gestation: the case for specialized care, *Semin Perinatol* (1995), 19 : 387-403.
2. Millar, W.J., Wadhera, S., Nimrod, C. Multiple births: trends and patterns in Canada, 1974-1990, *Rapports sur la santé* (1992), 4 : 223-50.
3. Wilcox, L.S., Kiely, J.L., Melvin, C.L., Martin, M.C. Assisted reproductive technologies: estimates of their contribution to multiple births and newborn hospital days in the United States, *Fertil Steril* (1996), 65 : 361-6.

Prévalence des anomalies congénitales

La prévalence des anomalies congénitales est définie comme le nombre d'enfants nés vivants ou morts ayant au moins une anomalie congénitale par rapport au nombre total des naissances vivantes et des mortinaissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

Les anomalies congénitales constituent l'une des principales causes de tous les décès de nourrissons et figurent parmi les 10 premières causes d'années potentielles de vie perdues.

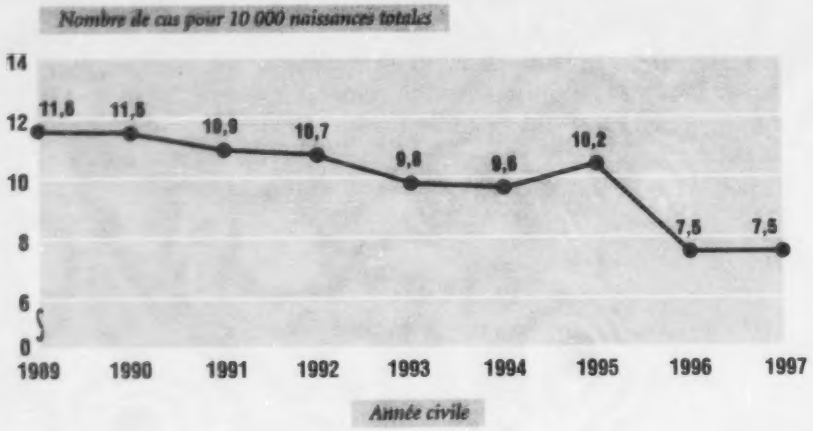
Les termes « anomalies » et « malformations congénitales » désignent couramment les troubles du développement présents à la naissance[1]. Les anomalies congénitales constituent l'une des principales causes de tous les décès de nourrissons et figurent parmi les 10 premières causes d'années potentielles de vie perdues[2]. Les catégories les plus fréquentes d'anomalies congénitales au Canada sont les difformités musculosquelettiques, les cardiopathies congénitales et les anomalies du système nerveux central, comme les anomalies du tube neural.

La prévalence des anomalies congénitales a été estimée à partir des données du Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC). Le présent rapport met l'accent sur les anomalies du tube neural. L'intérêt suscité actuellement par cette affection tient autant à l'invalidité et au décès dont elle est la cause qu'à la possibilité que l'on a de prévenir sa survenue au moyen de stratégies de prévention primaire. De surcroît, pour évaluer ces stratégies, comme la politique canadienne d'enrichissement des aliments avec de l'acide folique, il faudra exercer une surveillance étroite des taux d'anomalies du tube neural au fil du temps.

Résultats

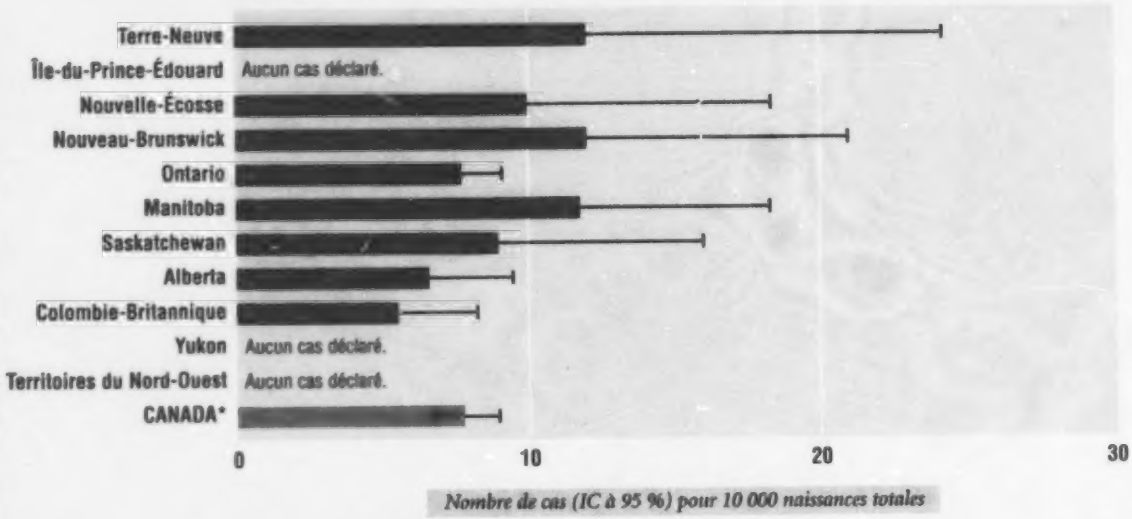
- En1997, la prévalence des anomalies du tube neural à la naissance au Canada s'établissait à 7,6 pour 10 000 naissances totales (à l'exclusion du Québec, étant donné qu'on ne possède pas les données de 1997 pour cette province).
- Ces dernières années, la prévalence des anomalies du tube neural à la naissance a diminué (Figure 4.17), reflétant sans doute la diminution de son incidence attribuable à une meilleure nutrition, à la supplémentation vitaminique ou aux deux. La diminution de la prévalence pourrait également être due au diagnostic prénatal et à l'interruption des grossesses en cause.
- En 1997, la prévalence des anomalies du tube neural à la naissance dans les provinces et les territoires variait de 0,0 à 11,5 pour 10 000 naissances (Figure 4.18). Cet écart est probablement attribuable aux différences régionales dans l'application du diagnostic prénatal suivi de l'interruption de la grossesse. Mais il pourrait aussi y avoir des différences régionales attribuables à des facteurs de risque connus et inconnus d'anomalies du tube neural.

FIGURE 4.17 **Taux d'anomalie du tube neural,**
Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 1989-1997*



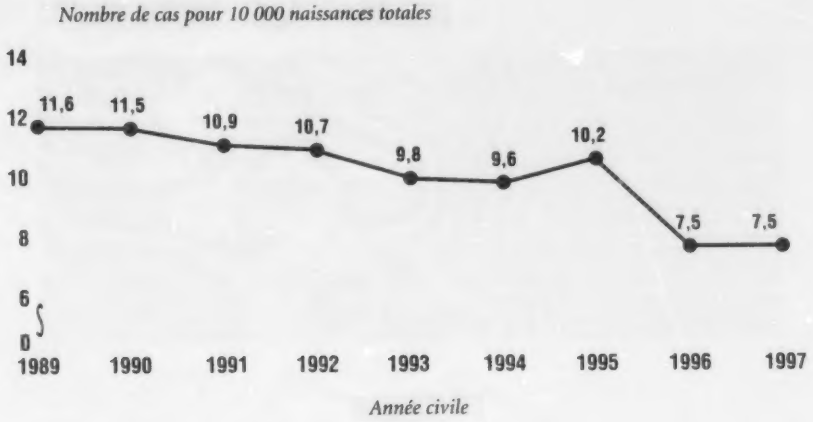
Source : Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1989-1997.
* Le Québec et la Nouvelle-Écosse sont exclus parce que l'on ne possède pas de données pour toutes les années sur ces provinces.

FIGURE 4.18 **Taux d'anomalie du tube neural, par province/territoire,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997*



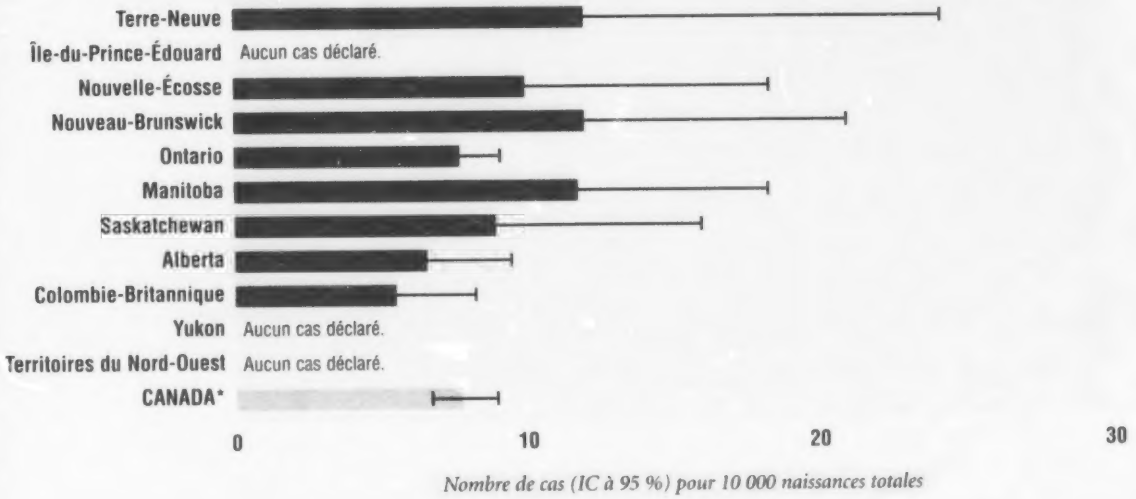
Source : Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997.
* Le Québec est exclu étant donné que l'on ne possède aucune donnée pour 1997.
IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.17 **Taux d'anomalie du tube neural,**
Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 1989-1997*



Source : Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1989-1997.
* Le Québec et la Nouvelle-Écosse sont exclus parce que l'on ne possède pas de données pour toutes les années sur ces provinces.

FIGURE 4.18 **Taux d'anomalie du tube neural, par province/territoire,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997*



Source : Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997.
* Le Québec est exclu étant donné que l'on ne possède aucune donnée pour 1997.
IC — intervalle de confiance.

Limites des données

L'une des principales limites du suivi des anomalies congénitales, comme les anomalies du tube neural, tient à l'absence de déclaration nationale obligatoire et normalisée des anomalies détectées avant la naissance et ayant donné lieu à l'interruption de la grossesse en cause. Le défaut de faire état de ces cas entraîne une sous-estimation du taux réel d'anomalies du tube neural et restreint l'interprétation des tendances temporelles. La disponibilité, l'exhaustivité et la source des données ont également varié selon les différentes régions du Canada ces dernières années, limitant l'exhaustivité et la cohérence des tendances temporelles[3].

Références

1. Moore, K.L., Persaud, T.V.N. *Before we are born: essentials of embryology and birth defects*, 5e édition, Philadelphie (PA) : W.B. Saunders Company (1998).
2. Premature mortality due to congenital anomalies — United States, *MMWR* (1988), 37 : 505-6.
3. Santé Canada. *À la hauteur*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (1999) (N° H42-2/82-1999-F au catalogue).

Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital

Le taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital est défini comme le nombre de nouveau-nés réadmis à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur naissance par rapport au nombre total des nouveau-nés qui obtiennent leur congé de l'hôpital après la naissance (dans un lieu donné et à un moment donné). Cet indicateur peut aussi s'appliquer au taux de réadmission du nouveau-né dans les sept jours qui suivent la naissance.

Le taux de réadmission des nouveau-nés a servi d'indicateur pour évaluer la qualité des soins de santé périnatals[1-3]. Il est lié à la durée du séjour hospitalier après la naissance[4,5] et est l'un des indicateurs de l'impact des politiques hospitalières relatives aux congés.

Les taux de réadmission des nouveau-nés ont été estimés à partir des données sur l'hospitalisation. Les cas réadmis ont été identifiés en couplant les données de la Base de données sur les congés des patients (BDCP), c'est-à-dire en appariant les données sur les naissances vivantes et les cas de réadmission.

Bien qu'une foule de facteurs puisse avoir contribué au phénomène, la pratique des congés précoces accordés aux nouveau-nés en l'absence de lignes directrices pourrait être associée à l'augmentation récente des réadmissions de nouveau-nés.

Résultats

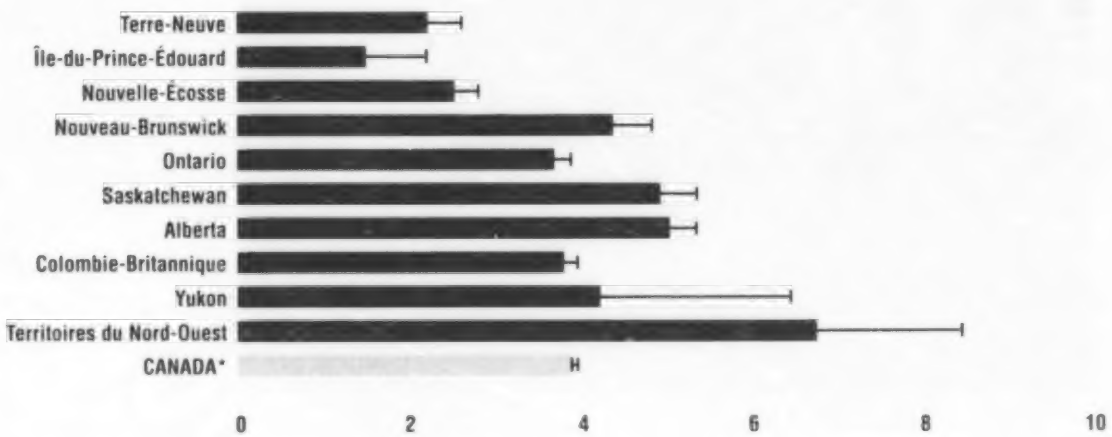
- Le taux de réadmission du nouveau-né a considérablement augmenté entre 1989 et 1997, passant de 2,8 à 4,0 p. 100 naissances vivantes en 1997 (Figure 4.19). Bien qu'une foule de facteurs puissent avoir contribué au phénomène, la pratique des congés précoces accordés aux nouveau-nés en l'absence de lignes directrices[6] pourrait être associée à l'augmentation récente des réadmissions de nouveau-nés.
- En 1997, le taux de réadmission du nouveau-né a considérablement varié selon les provinces et territoires canadiens (Figure 4.20). Le taux le plus élevé a été relevé dans les Territoires du Nord-Ouest (6,8 pour 100 naissances vivantes) et le plus bas à l'Île-du-Prince-Édouard (1,5 pour 100 naissances vivantes). C'est aussi dans les provinces et territoires où les taux étaient les plus élevés que la durée des séjours hospitaliers après la naissance était la plus courte et que l'âge du bébé au moment de la réadmission était le plus bas[7].
- Les raisons les plus fréquemment invoquées pour la réadmission des nouveau-nés sont la jaunisse néonatale, les troubles de l'allaitement, la septicémie, la déshydratation et le gain pondéral insuffisant (Figure 4.21). Les causes des réadmissions ont considérablement varié avec le temps. Ainsi, la jaunisse néonatale, qui représentait 21,2 p. 100 des cas en 1989, en représentait 38,7 p. 100 en 1997.

FIGURE 4.19 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 4.20 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec et du Manitoba)*, 1997-1998*

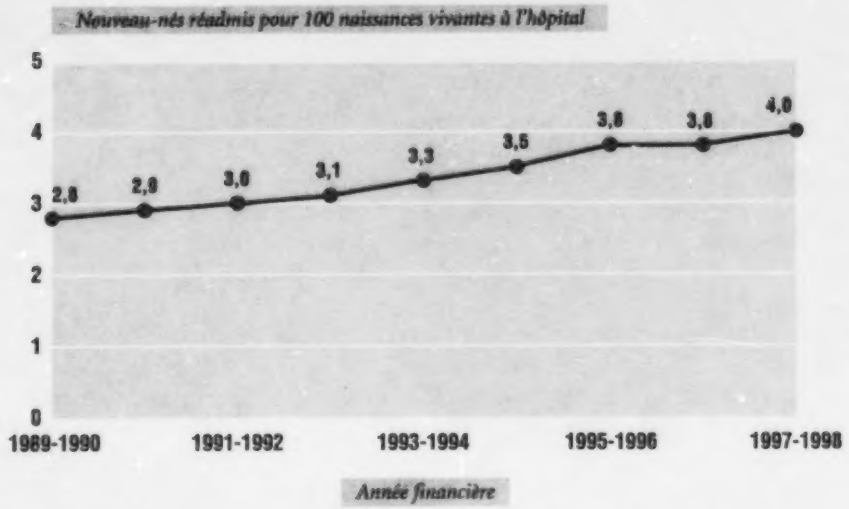


Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. On ne possède pas de données complètes pour le Manitoba.

IC — intervalle de confiance.

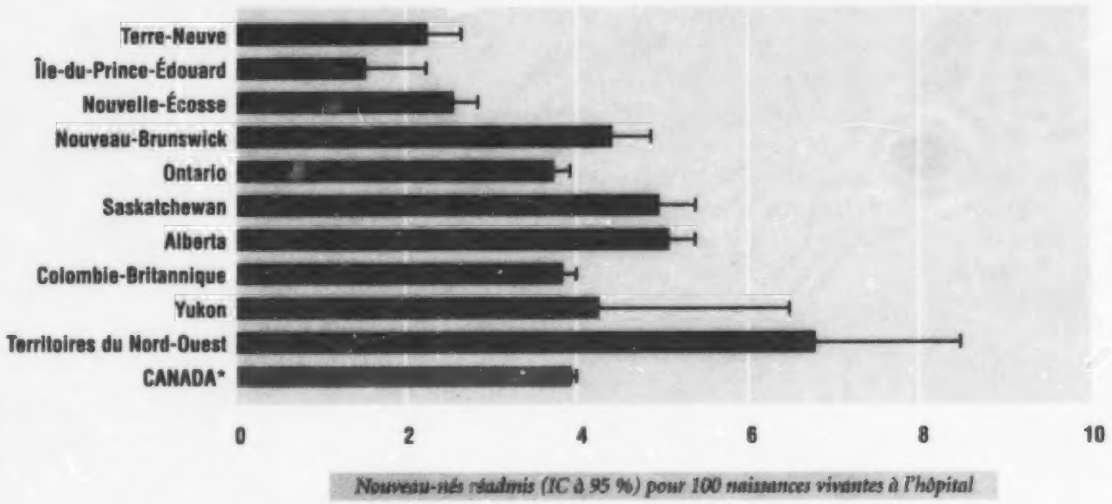
FIGURE 4.19 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

FIGURE 4.20 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec et du Manitoba)*, 1997-1998*

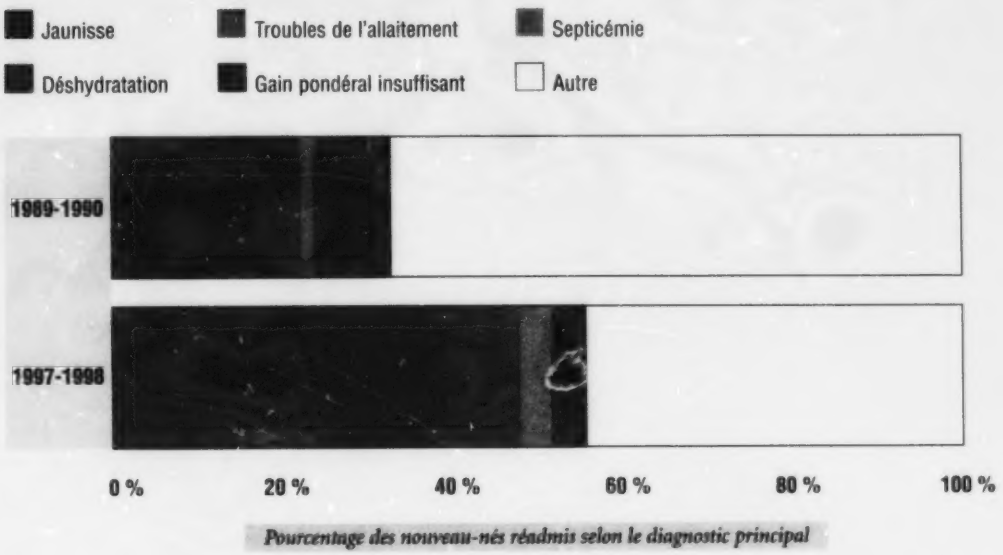


Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. On ne possède pas de données complètes pour le Manitoba.

IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.21 Principaux diagnostics invoqués pour la réadmission des nouveau-nés, *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 et 1997-1998*



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 et 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Limites des données

L'exactitude et l'exhaustivité du couplage des données pourraient poser un problème du fait des transferts de nouveau-nés et des naissances à domicile. De même, la difficulté que pose le contrôle de facteurs comme l'état de santé à la naissance et la durée initiale du séjour hospitalier pourrait fausser l'association entre la durée du séjour hospitalier après la naissance et la réadmission subséquente des nouveau-nés.

Références

1. Braverman, P., Egerter, S., Pearl, M., Marchi, K., Miller, C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature, *Pediatrics* (1995), 96 : 716-26.
2. Liu, L.L., Clemens, C.J., Shay, D.K., Davis, R.L., Novack, A.H. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience, *J Am Med Assoc* (1997), 278 : 293-8.
3. Britton, J.R., Britton, H.L., Beebe, S.A. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma, *Pediatrics* (1994), 94 : 291-5.
4. Lee, K.S., Perlman, M., Ballantyne, M., Elliott, I., To, T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate, *J Pediatr* (1995), 127 : 758-66.

5. Lee, K.S., Perlman, M. The impact of early obstetric discharge on newborn health care, *Curr Opin Pediatr* (1996), 8 : 96-101.

6. Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La facilitation du congé à domicile après une naissance normale, *Journal de la Société canadienne de pédiatrie* (1996), 1 : 165-8.

7. Liu, S., Wen, S.W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., McCourt, C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (2000), 91 : 46-50.

Bibliographie

Abel, E.L. (éditeur). *Fetal Alcohol Syndrome, from Mechanism to Prevention*, New York : CRC Press (1996).

Abel, E.L. "Moderate" drinking during pregnancy: cause for concern?, *Clin Chim Acta* (1996), 246 : 149-54.

American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk, *Pediatrics* (1997), 100 : 1035-9.

Arbuckle, T.E., Wilkins, R., Sherman, G.J. Birth weight percentiles by gestational age in Canada, *Obstet Gynecol* (1993), 81 : 39-48.

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: A randomised controlled trial, *Lancet* (1993), 342 : 1517-8.

Baskett, T.F., Sternadel, J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics, *Br J Obstet Gynaecol* (1998), 105 : 981-4.

Behrman, R.E., Shiono, P.H. Neonatal risk factors. Dans : Fanhroff, A.A., Martin, R.J. (éditeurs), *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant*, 6e édition, volume 1, St. Louis : Mosby Publications (1997), 3-12.

Berkowitz, G., Papiernik, E. Epidemiology of preterm birth, *Epidemiol Rev* (1993), 15 : 414-43.

Berkowitz, G.S., Skovron, M.L., Lapinski, R.H., Berkowitz R.L. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy, *N Engl J Med* (1990), 322 : 659-64.

Braverman, P., Egerter, S., Pearl, M., Marchi, K., Miller, C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature, *Pediatrics* (1995), 96 : 716-26.

Britton, J.R., Britton, H.L., Beebe, S.A. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma, *Pediatrics* (1994), 94 : 291-5.

Bryan, F.M. The intrauterine hazards of twins, *Arch Dis Child* (1986), 61 : 1044-5.

Buehler, J.W., Kleinman, J.C., Hodgue, C.J., Strauss, L.T., Smith, J.C. Birth weight-specific infant mortality, United States, 1960 to 1980, *Public Health Rep* (1987), 102: 151-61.

Burrows, A., Khoo, S.K. The amniotic fluid embolism syndrome: 10 years experience at a major teaching hospital, *Aust-N-Z-J-Obstet-Gynaecol* (1995), 35 : 245-50.

Centre canadien d'information sur la santé. *Naissances 1990*, Ottawa : Statistique Canada (1992) (N° 82-003S14 au catalogue).

Chen, J., Fair, M., Wilkins, R., Cyr, M. et le Groupe d'études de la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale, Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec, *Rapports sur la santé* (1998), 10 : 53-64.

Clark, S.L. New concepts of amniotic fluid embolism: a review, *Obstet-Gynecol-Surv* (1990), 45 : 360-8.

Clark, S.L., Hankins, G.D., Dudley, D.A., Dildy, G.A., Porter, T.F. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry, *Am J Obstet Gynecol* (1995), 172 : 1158-69.

Comité canadien pour l'allaitement. *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement* (1996).

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada (1994).

Coste, J., Job-Spira, N., Fernandez, H., Papiernik, E., Spira, A. Risk-factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors, *Am J Epidemiol* (1991), 133 : 839-49.

Creasy, R.K., Merkatz, I.R. Prevention of preterm birth: clinical opinion, *Obstet Gynecol* (1990), 76 : 2S-4S.

Crowley, P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library, Issue 1*, Oxford : Update Software (2000).

Cunningham, F.G., MacDonald, P.C., Grant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hankins, G.D.V. et coll. (éditeurs). *Williams Obstetrics*, 20e édition, Stamford, Connecticut : Appleton & Lange (1997).

Dalby, D.M., Williams, J.I., Hodnett, E., Rush, J. Postpartum safety and satisfaction following early discharge, *Revue canadienne de santé publique* (1996), 87 : 90-4.

Danel, I., Johnson, C., Berg, C., Flowers, L., Atrash, H. Length of maternal hospital stay for uncomplicated deliveries, 1988-1995: The impact of maternal and hospital characteristics, *Matern Child Health J* (1997), 1 : 237-42.

Dzakpasu, S., Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C. The Matthew Effect: infant mortality in Canada and internationally, *Pediatrics* (2000), 106 : e5.

Éditorial. Vacuum versus forceps, *Lancet* (1984), i : 144.

Edwards, N., Sims-Jones, N., Hotz, S. *Usage du tabac en période pré et post natale : Revue des documents de référence*, Ottawa : Santé Canada (1996).

Egger, M., Low, N., Smith, G.D., Lindblom, B., Herrmann, B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis, *Br Med J* (1998), 316 : 1776-80.

Fair, M. L'évolution des statistiques nationales sur l'état civil au Canada : Partie 1 — De 1605 à 1945, *Rapports sur la santé* (1994), 6 : 355-68.

Fair, M., Cyr, M. La Base de données canadienne sur les naissances : Un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue des grossesses, *Rapports sur la santé* (1993), 5 : 281-90.

Fair, M., Cyr, M., Allen, A.C., Wen, S.W., Guyon, G., MacDonald, R.C. et coll. *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada*, Ottawa : Statistique Canada (1999) (N° 84F0013-XIF au catalogue).

Fisk, N.M., Trew, G. Two's company, three's a crowd for embryo transfer, *Lancet* (1999), 354 : 1572-3.

Fraser, A.M., Brockert, J.E., Ward, R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes, *N Engl J Med* (1995), 332 : 1113-7.

Gladstone, J., Levy, M., Nulman, I., Koren, G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1997), 156 : 789-94.

Gladstone, J., Nulman, I., Koren, G. Reproductive risks of binge drinking during pregnancy, *Reprod Toxicol* (1996), 10 : 3-13.

Glazener, C.M., Abdalla, M., Stroud, P., Naji, S., Templeton, A., Russell, I.T. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment, *Br J Obstet Gynaecol* (1995), 102 : 282-7.

Gloor, J.E., Kissoon, N., Joubert, G.I. Appropriateness of hospitalization in a Canadian pediatric hospital, *Pediatrics* (1993), 91 : 70-4.

Graham, I.D., Fowler-Graham, D. Episiotomy counts: Trends and prevalence in Canada, 1981/1982 to 1993/1994, *Birth* (1997), 24 : 141-7.

Grimes, D.A. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business, *Am J Obstet Gynecol* (1994), 170 : 1489-94.

Grobman, W.A., Peaceman, A.M. What are the rates and mechanisms of first and second trimester pregnancy loss in twins?, *Clin Obstet Gynecol* (1998), 41: 37-45.

Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hellmann, J., Hewson, S., Milner, R., Willan, A. et le Canadian Multicenter Post-Term Pregnancy Trial Group. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial, *N Engl J Med* (1992), 326 : 1587-92.

Harmer, M. Maternal mortality — is it still relevant?, *Anesthesia* (1997), 52 : 99-100.

Helewa, M. Caesarean sections in Canada: what constitutes an appropriate rate?, *J Soc Obstet Gynaecol Can* (1995), 17 : 237-46.

Hilder, L., Costeloe, K., Thilaganathan, B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality, *Br J Obstet Gynecol* (1998), 105 : 169-73.

Hook, E.B. Rates of chromosomal abnormalities at different maternal ages, *Obstet Gynecol* (1981), 58 : 282-5.

Howell, E.M., Blondel, B. International infant mortality rates: bias from reporting differences, *Am J Public Health* (1994), 84 : 850-2.

Huebert, K., Rafts, C. *Fetal Alcohol Syndrome and Other Alcohol Related Birth Defects*, 2e édition, Edmonton : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (1996).

Huizinga, D., Loeber, R., Thornberry, T.P. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity and pregnancy among children and youth in three cities, *Public Health Rep* (1993), 108 (S1) : 90-6.

Institut canadien d'information sur la santé. Site Web (www.cihi.ca). Consulté le 7 février 2000.

Johanson, R.B. Vacuum extraction versus forceps delivery. Dans : Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., Neilson, J. (éditeurs), The Cochrane Collaboration: Pregnancy and Childbirth Database (1994), Disk Issue I.

Johanson, R.B., Rice, C., Doyle, M., Arthur, J., Anyanwu, L., Ibrahim, J. et coll. A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery, *Br J Obstet Gynaecol* (1993), 100 : 524-30.

Joseph, K.S., Allen, A., Kramer, M.S., Cyr, M., Fair, M. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500g in Canada, 1985-95, *Paediatr Perinat Epidemiol* (1999), 13 : 278-87.

Joseph, K.S., Kramer, M.S. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 grams, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1996), 155 : 1047-52.

Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C., Cyr, M., Fair, M., Ohlsson, A. et coll. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Gestational age- and birth weight-specific declines in infant mortality in Canada, 1985-94, *Paediatr Perinat Epidemiol* (sous presse).

Joseph, K.S., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Wen, S.W., Allen, A. et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994, *N Engl J Med* (1998), 339 : 1434-9.

Kallen, B. Congenital malformations in twins: a population study, *Acta Geñet Med Gemello Roma* (1986), 35 : 167-78.

Keirse, M.J.N.C., Chalmers, I. Methods of inducing labor. Dans : Chalmers, I., Enkin, M., Keirse, M.J.N.C. (éditeurs), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford : Oxford University Press (1989).

Kleinman, J.C. The slowdown in the infant mortality decline, *Paediatr Perinat Epidemiol* (1990), 4 : 373-81.

Kramer, M.S., Demissie, K., Yang, H., Platt, R.W., Sauve, R., Liston, R. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality, *J Am Med Assoc* (2000), 284 : 843-9.

Kramer, M.S., McLean, F.H., Boyd, M.E., Usher, R.H. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations, *J Am Med Assoc* (1988), 260 : 3306-8.

Kramer, M.S., Platt, R.,Yang, H., Joseph, K.S., Wen, S.W., Morin, L. et coll. Secular trends in preterm birth: A hospital-based cohort study, *J Am Med Assoc* (1998), 280 : 1849-54.

Lee, K.S., Perlman, M. The impact of early obstetric discharge on newborn health care, *Curr Opin Pediatr* (1996), 8 : 96-101.

Lee, K.S., Perlman, M., Ballantyne, M., Elliott, I., To, T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate, *J Pediatr* (1995), 127 : 758-66.

Leyland, A.H., Boddy, F.A. Maternal age and outcome of pregnancy, *N Engl J Med* (1990), 323 : 413-4.

Liu, L.L., Clemens, C.J., Shay, D.K., Davis, R.L., Novack, A.H. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience, *J Am Med Assoc* (1997), 278 : 293-8.

Liu, S., Heaman, M., Demissie, K., Wen, S.W., Marcoux, S., Kramer, M.S. Association between maternal readmission and obstetric conditions at childbirth: a case-control study. Présenté lors de la 13e réunion annuelle de la Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research, Seattle, Washington, juin 2000.

Liu, S., Heaman, M., Kramer, M.S., Demissie, K., Turner, L. pour le Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles du Système canadien de surveillance périnatale. Association between length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal rehospitalization [soumis en vue de publication].

Liu, S., Wen, S.W. Élaboration du couplage des données sur les congés de l'hôpital pour l'étude des réadmissions chez les nouveau-nés, *Maladies chroniques au Canada* (1999), 20 : 77-81.

Liu, S., Wen, S.W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., McCourt, C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (2000), 91 : 46-50.

Lucas, W.E., Anetil, A.O., Callagan, D.A. The problem of postterm pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* (1965), 91 : 241.

Mantel, G.D., Buchmann, E., Rees, H., Pattinson, R.C. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss, *Br J Obstet Gynaecol* (1998), 105 : 985-90.

McCarthy, B. The risk approach revisited: A critical review of developing country experience and its use in health planning. Dans : Liljestrand, J., Povey, W.G. (éditeurs), *Maternal Health Care in an International Perspective. Proceedings of the XXII Berzelius Symposium, 27-29 mai 1991, Stockholm, Suède,* Université d'Uppsala (1992), 107-24.

Meikle, S.F., Lyons, E., Hulac, P., Orleans, M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, *Am J Obstet Gynecol* (1998), 179 : 166-71.

Millar, W.J., Nair, C., Wadhera, S. Diminution du taux des césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre?, *Rapports sur la santé* (1996), 8 : 17-24.

Millar, W.J., Wadhera, S., Nimrod, C. Multiple births: trends and patterns in Canada, 1974-1990, *Rapports sur la santé* (1992), 4 : 223-50.

Miller, H.S., Lesser, K.B., Reed, K.L. Adolescence and very low birth weight infants: A disproportionate association, *Obstet Gynecol* (1996), 87 : 83-8.

Mitchell, A. Rising deaths among infant stun scientists, *Globe and Mail* [Toronto], le 2 juin 1995 : A4.

Monnier, A. Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile. Dans : *Manuel d'analyse de la mortalité,* Paris : INED (1985) : 52-5.

Moore, K.L., Persaud, T.V.N. *Before we are born: essentials of embryology and birth defects,* 5e édition, Philadelphie (PA) : W.B. Saunders Company (1998).

Morgan, M. Amniotic fluid embolism, *Anesthesia* (1979), 34 : 20-32.

Morrison, J.C. Preterm birth: a puzzle worth solving, *Obstet Gynecol* (1990), 76 : 5S-12S.

Moutquin, J.M., Papiernik, E. Can we lower the rate of preterm birth?, *Bull SOGC* (1990), septembre : 19-20.

Naeye, R.L. Causes of perinatal excess deaths in prolonged gestations, *Am J Epidemiol* (1978), 108 : 429-33.

Nair, C. Tendances au niveau des césariennes au Canada, *Rapports sur la santé* (1991), 3 : 203-19.

Newman, R.B., Ellings, J.M. Antepartum management of the multiple gestation: the case for specialized care, *Semin Perinatol* (1995), 19 : 387-403.

Notzon, F.C., Placek, P.J., Taffel, S.M. Comparisons of national cesarean-section rates, *N Engl J Med* (1987), 316 : 386-9.

Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, 10e révision, volume 2, Genève : OMS (1993), 129-33.

Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*. Fondé sur les recommandations formulées à l'occasion de la Conférence de la neuvième révision, 1975, Genève.

Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*, 9e révision, volume 1, Genève : OMS (1977).

Organisation mondiale de la santé/UNICEF. *Révision des estimations de la mortalité maternelle de 1990 : une nouvelle approche de l'OMS et de l'UNICEF*, Genève : OMS (1991).

Orr, P., Sherman, E., Blanchard, J., Fast, M., Hammond, G., Brunham, R. Epidemiology of infection due to *Chlamydia trachomatis* in Manitoba, Canada, *Clin Infect Dis* (1994), 19 : 867-83.

Patrick, D.L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Diehr, P., Koepsell, T., Kinne, S. The validity of self-reported smoking: a review and meta analysis, *Am J Public Health* (1994), 84 : 1086-93.

Péron, Y., Strohmenger, C. *Indicateurs démographiques et de santé : Présentation et interprétation*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada (1985) (N° 82-543F au catalogue).

Petterson, B., Nelson, K.B., Watson, L., Stanley, F. Twins, triplets, and cerebral palsy in births in Western Australia in the 1980's, *Br Med J* (1993), 307 : 1239-43.

Postl, B. Native health: it's time for action, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1997), 157 : 165-6.

Premature mortality due to congenital anomalies — United States, *MMWR* (1988), 37 : 505-6.

Prysak, M., Lorenz, R.P., Kisly, A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older, *Obstet Gynecol* (1995), 85 : 65-70.

Rapport final de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones, Ottawa (1996) (disponible sur Internet : www.inac.gc.ca/ch/rcap/index_e.html).

Renfrew, M.J., Hannah, W., Albers, L., Floyd, E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature, *Birth* (1998), 25 : 143-60.

Reproductive Care Program of Nova Scotia. *Nova Scotia Atlee Perinatal Database Report: Maternal and Infant Discharges from January 1-December 31, 1997*, Halifax (Nouvelle-Écosse) (2000).

Rodis, J.F., Egan, J.F., Craffey, A., Ciarleglio, L., Greenstein, R.M., Scorza, W.E. Calculated risk of chromosomal abnormalities in twin gestations, *Obstet Gynecol* (1990), 76 : 1037-41.

Santé Canada. *À la hauteur*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (1999) (N° H42-2/82-1999F au catalogue.)

Santé Canada. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*, Ottawa : Santé Canada (octobre 1996) (N° H39-348/1996F au catalogue).

Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (2000) (N° H49-135/2000F au catalogue).

Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada (1995).

Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale 1997-1998*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (1999).

Santé Canada, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant. *Avortement provoqué, fiche d'information*, avril 1998.

Sauve, R.S., Robertson, C., Etches, P., Byrne, P.J., Dayer-Zamora, V. Before viability: a geographically based outcome study of infants weighing 500 grams or less at birth, *Pediatrics* (1998), 101 : 438-45.

Sepkowitz, S. International rankings of infant mortality and the United States vital statistics natality data collecting system — failure and success, *Int J Epidemiol* (1995), 24 : 583-8.

SIDS Fact Sheet. Assemblée des Premières nations. National Indian Brotherhood (2000) (disponible sur Internet : www.afn.ca/Programs/Health%20Secretariat/sids_fact_sheet.htm).

Smith, M.E., Newcombe, H.B. Use of the Canadian Mortality Data Base for epidemiologic follow up, *Revue canadienne de santé publique* (1982), 73 : 39-45.

Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Santé Canada. *Nutrition pour un bébé à terme*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada (1998).

Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La facilitation du congé à domicile après une naissance normale, *Journal de la Société canadienne de pédiatrie* (1996), 1 : 165-8.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Accouchement vaginal après césarienne, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1993).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1994).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dystocie. Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1995).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Le déclenchement du travail, Directive clinique de la SOGC en obstétrique, numéro 23*, Ottawa : SOGC (1996).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitorage fœtal pendant le travail, Conclusion, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1996).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitorage fœtal pendant le travail — Parties 1 à 4, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, Ottawa : SOGC (1995).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *The SOGC consensus statement on the management of twin pregnancies. Part two: Report of focus group on impact of twin pregnancies.* Barrett, J. (éditeur) (disponible sur Internet : www.sogc.org/multiple/sogcconsensus.htm).

Statistique Canada. *Avortements thérapeutiques, 1995*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1997) (N° 82-219-XPB au catalogue).

Statistique Canada. *Causes de décès, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-203-XPB au catalogue (annuel)).

Statistique Canada. Causes de décès, 1988, *Rapports sur la santé* (1990) (11S) : 2(1).

Statistique Canada. Causes de décès, 1989, *Rapports sur la santé* (1991) (11S) : 3(1).

Statistique Canada. *Causes de décès, 1990*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1992) (11S) : 4(1).

Statistique Canada. *Causes de décès, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-208-XPB au catalogue (annuel)).

Statistique Canada. *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.

Statistique Canada. Naissances, *Statistiques de l'état civil* (1973), 1.

Statistique Canada. *Naissances et décès, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-210-XPB au catalogue (annuel)).

Statistique Canada. *Naissances et décès, 1996, 1997*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999) (N° 84F0210-XPB au catalogue (annuel)).

Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa : Statistics Canada (1999) (N° 82-570-XPF au catalogue).

Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : aperçu du matériel d'enquête pour 1996-1997, cycle 2*, Ottawa : Statistique Canada (1997) (N° 89F0078-XPF au catalogue).

Stoler, J.M., Huntington, K.S., Peterson, C.M., Peterson, K.P., Daniel, P., Aboagye, K.K. et coll. The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers, *J Pediatr* (1998), 133 : 346-52.

Sue-A-Quan, A.K., Hannah, M.E., Cohen, M.M., Foster, G.A., Liston, R.M. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1999), 160 : 1145-9.

Svenson, L.W., Schopflocher, D.P., Sauve, R.S., Robertson, C.M. Alberta's infant mortality rate: the effect of the registration of live newborns weighing less than 500 g, *Revue canadienne de santé publique* (1998), 89 : 188-9.

Thomson, M. Poids élevé à la naissance chez la communauté autochtone de la Colombie-Britannique, *Revue canadienne de santé publique* (1990), 81 : 443-6.

Tuormaa, T.E. The adverse effects of tobacco smoking on reproduction and health: a review from the literature, *Nutr Health* (1995), 10 : 105-20.

Turner, L.A., McCourt, C. Folic acid fortification: what does it mean for patients and physicians?, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1998), 158 : 773-6.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health (1990) (DHHS Publication No. (CDC) 90-8416).

Ventura, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., Mathews, T.J. Births: Final Data for 1997, *National vital statistics reports*; vol 47, n° 18, Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics (1999).

Wen, S.W., Kramer, M.S., Liu, S., Dzakpasu, S., Sauve, R. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile. Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994, *Maladies chroniques au Canada* (2000), 21 : 14-22.

Wen, S.W., Liu, S., Fowler, D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (1998), 89 : 115-9.

Wen, S.W., Liu, S., Joseph, K.S., Rouleau, J., Allen, A. Patterns of infant mortality caused by major congenital anomalies, *Teratology* (2000), 61 : 342-6.

Wen, S.W., Liu, S., Joseph, K.S., Trouton, K., Allen, A. Regional patterns of infant mortality caused by lethal congenital anomalies, *Revue canadienne de santé publique* (1999), 90 : 316-9.

Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1998), 158 : 875-80.

Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Utilité et limite des dossiers d'hospitalisation courante pour la surveillance périnatale, *Maladies chroniques au Canada* (1997), 18 : 125-39.

Werler, M.M. Teratogen update: smoking and reproductive outcomes, *Teratology* (1997), 55 : 382-8.

Wilcox, L.S., Kiely, J.L., Melvin, C.L., Martin, M.C. Assisted reproductive technologies: estimates of their contribution to multiple births and newborn hospital days in the United States, *Fertil Steril* (1996), 65 : 361-6.

Wilkins, R. Mortality by neighbourhood income in urban Canada, 1986-1991. Présentation aux membres de la Société canadienne d'épidémiologie et de biostatistiques, Terre-Neuve, Canada, août 1995.

Wilkins, R., Adams, O., Branker, A. Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986, *Rapports sur la santé* (1989), 1 : 137-74.

C

Annexes

Annexe A

Sources de données et méthodologie

Les principales sources de données utilisées dans ce rapport sur la santé périnatale sont les statistiques de l'état civil, les données sur l'hospitalisation et les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). On a également utilisé les estimations de la population et les statistiques sur les avortements de Statistique Canada, de même que d'autres recherches revues par les pairs. Le Tableau A1 donne les principales sources de données pour chacun des indicateurs présentés dans le rapport. Ce tableau est suivi d'une description de chacune de ces sources.

Tableau A1 **Principales sources de données pour chaque indicateur**

Indicateur	Source de données		
	Statistiques de l'état civil	Données sur l'hospitalisation	ELNEJ
Prévalence du tabagisme pendant la grossesse			x
Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse			x
Prévalence de l'allaitement maternel			x
Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes	x		
Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées	x		
Taux de déclenchement du travail		x	
Taux d'accouchement par césarienne		x	
Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale		x	
Taux de traumatisme périnéal		x	
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement		x	
Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance		x	
Ratio de mortalité maternelle	x		
Ratio d'avortement provoqué*	x	x	
Taux de grossesse ectopique		x	
Ratio de morbidité maternelle grave		x	
Taux de réadmission de la mère suivant le congé après l'accouchement		x	
Taux de prématurité	x		
Taux de postmaturité	x		
Croissance fœtale : taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale	x		
Taux de mortalité fœtale et infantile	x		
Taux de morbidité néonatale grave		x	
Taux de naissance multiple	x		
Prévalence des anomalies congénitales	x	x	
Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital		x	

* Comprend les avortements effectués dans les cliniques d'avortement.

Statistiques de l'état civil

En vertu des lois provinciales et territoriales sur les statistiques de l'état civil ou d'autres lois équivalentes, l'enregistrement des naissances et des décès constitue une activité obligatoire. Même si le contenu des lois peut varier légèrement d'une province ou d'un territoire à l'autre, il se fonde sur un modèle de *Loi sur les statistiques de l'état civil* conçu pour favoriser l'uniformité des lois et de la présentation des données dans les provinces et les territoires. Chaque année, les provinces et les territoires transmettent leurs données d'enregistrement des naissances, des mortinaissances et des décès à Statistique Canada, qui les compile et les intègre aux bases de données nationales sur les naissances, les mortinaissances et les décès de la Base canadienne de données sur l'état civil[1-4].

La Base canadienne de données sur l'état civil tient compte de toutes les naissances et de tous les décès survenus au Canada. En vertu d'une entente réciproque, les naissances et les décès de résidants canadiens qui surviennent aux États-Unis sont aussi inclus dans la base. Toutefois, cette dernière ne tient pas compte des naissances et des décès de résidants canadiens qui se produisent ailleurs qu'en territoire canadien ou américain[1]. La préparation et l'entretien de ces bases de données nationales nécessitent l'inscription des enregistrements tardifs et des modifications, et l'élimination des enregistrements en double.

Dans le cadre de l'initiative du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP), Statistique Canada, en vertu d'un contrat passé avec le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, a mis au point un mécanisme qui permet de coupler les informations sur les naissances vivantes et les mortinaissances remontant à 1985[5]. Grâce à la participation des provinces et des territoires, le fichier d'analyse couplé des mortalités infantiles qui en résulte constitue une importante source de données qui facilite l'analyse du SCSP. Les codes d'identification personnelle ont été retirés du fichier.

Les statistiques sur les naissances et les décès présentées dans ce rapport peuvent différer légèrement de celles qui ont été publiées auparavant par Statistique Canada, en raison des mises à jour des fichiers de données.

Qualité des données

Les données nationales sur les statistiques de l'état civil présentent plusieurs points forts. Les enregistrements des naissances et des décès de la Base canadienne de données sur l'état civil sont presque complets. Vu le nombre élevé d'enregistrements, on peut aussi effectuer des analyses sur des sous-groupes de la population. Un autre point fort vient de ce que les lois régissant la collecte des statistiques de l'état civil sont comparables d'une province et d'un territoire à l'autre, tout comme le sont les formulaires d'entrée, les définitions et les méthodes de collecte de données. Comme on peut aussi obtenir des données individuelles, on peut donc coupler celles-ci à d'autres sources de données. Enfin, les causes des décès sont codées selon un système de classification international[6].

L'un des principaux points faibles de ces données sur l'état civil tient à ce qu'elles ne sont pas toujours accessibles en temps opportun. Ainsi, la dernière année pour laquelle on possède des données est 1997, et le SCSP n'a eu accès à ces données qu'au cours de la deuxième moitié de 1999. Au nombre des autres faiblesses figure la mauvaise qualité ou le caractère incomplet de certaines variables. À cause des problèmes liés à la qualité des données sur l'âge gestationnel et le poids à la naissance recueillies en Ontario, par exemple, les données pour cette province ont été exclues des indicateurs qui utilisent ces

variables. Il pourrait également y avoir un léger sous-dénombrement du nombre des naissances vivantes en Ontario chaque année. Comme les données pour Terre-Neuve figurant dans la base nationale des naissances étaient incomplètes avant 1991, elles ont été exclues des tendances temporelles. Enfin, l'information sur la cause du décès ne fait pas toujours état des résultats de l'enquête du coroner ou du médecin légiste.

Données sur l'hospitalisation

Trois sources de données sur l'hospitalisation ont été utilisées : la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la Perinatal Surveillance Database de Manitoba Health, et le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC).

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'ICIS gère la BDCP, qui regroupe les renseignements sur les congés — transferts, départs ou décès — provenant de la plupart des hôpitaux de soins aigus canadiens. La BDCP est une base de données électronique qui fournit des renseignements sur les soins aigus, chroniques et de réadaptation, de même que sur les chirurgies d'un jour offertes aux patients hospitalisés, ce qui représente 85 p. 100 environ de tous les congés de patients dans les hôpitaux de soins aigus au Canada. L'information provient directement des hôpitaux participants[7]. La BDCP fournit de nombreuses données sur chaque cas d'hospitalisation, y compris des renseignements démographiques et des informations sur le lieu de résidence, la durée du séjour, le diagnostic principal, les maladies secondaires et concomitantes et les interventions pratiquées au cours de la période d'hospitalisation. Dans la BDCP, les diagnostics sont codés selon la Classification statistique internationale des maladies (CIM) et les interventions, selon la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC). La BDCP classifie également les séjours hospitaliers selon le groupe composant la clientèle (GCC), classification effectuée en fonction du diagnostic et de l'intensité des soins requis.

Pour obtenir des informations sur les réadmissions des nouveau-nés et des mères, on a couplé les dossiers internes du fichier des accouchements obstétriques, du fichier des nouveau-nés et du fichier des réadmissions de la BDCP.

Qualité des données

Le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant a évalué la BDCP pour voir si elle pouvait accommoder un système national de surveillance périnatale[8,9]. Après examen de la qualité des données sur les femmes qui accouchent et sur les bébés naissants consignées dans la BDCP entre le 1er avril 1984 et le 31 mars 1995, on a constaté que les valeurs illogiques et hors des limites des données de l'ICIS étaient peu nombreuses, que le taux d'incidence estimatif des maladies maternelles et infantiles calculé à partir des données concordait avec les taux cités dans la documentation, et que les complications médicales ou obstétriques majeures signalées dans la BDCP constituaient de bons prédicteurs d'issues défavorables de la grossesse[8].

Le mode de saisie des principaux diagnostics et des interventions importantes semble satisfaisant. Cependant, on semble avoir attribué une variété de codes aux diagnostics complexes ou obscurs, d'où une certaine imprécision des codes

applicables aux diagnostics secondaires ou moins importants. L'ICIS a amorcé un processus de vérification de la qualité de la BDCP pour comparer les renseignements compris dans les tableaux et ceux codés dans la BDCP à partir d'un échantillon d'hôpitaux. Le SCSP collabore avec l'ICIS en vue d'élargir cette étude pour inclure des diagnostics qui concernent spécifiquement les mères et les nouveau-nés.

Outre les contraintes habituelles liées aux erreurs de codage possibles, l'utilisation de la BDCP aux fins de la surveillance périnatale nationale présente d'autres problèmes :

- les données sur les naissances survenant ailleurs qu'à l'hôpital ne sont pas incluses;
- les grossesses qui ne se terminent pas par un accouchement (p. ex., une interruption de grossesse) peuvent ne pas être saisies;
- la BDCP ne tient pas compte de toutes les admissions et de tous les congés au Canada. En effet, elle n'intègre pas les données sur le Québec, et les données sur le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ne sont pas complètes pour certaines années. Les indicateurs qui ont été calculés à l'aide des données sur l'hospitalisation excluent donc la Nouvelle-Écosse et le Manitoba des tendances temporelles, et ils excluent le Québec des tendances temporelles et des comparaisons entre les provinces et territoires;
- enfin, la BDCP n'inclut pas l'âge gestationnel et la parité, à l'heure actuelle.

La Perinatal Surveillance Database de Manitoba Health

Les statistiques fondées sur les données sur l'hospitalisation du Manitoba ont été calculées par Manitoba Health à l'aide de sa base de données de surveillance périnatale. La description suivante a été transmise par Manitoba Health.

Le gros des données a été obtenu par couplage des dossiers d'obstétrique des hôpitaux et des dossiers hospitaliers sur les nouveau-nés entre le 1er avril 1984 et le 31 mars 1997. Les dossiers d'hôpitaux de Manitoba Health ont fait l'objet d'une recherche pour les admissions en obstétrique (mères) ou les admissions de nouveau-nés. Ces dossiers ont été couplés en fonction de l'hôpital d'admission, du numéro de dossier d'hôpital de la mère, du numéro de dossier d'hôpital du nouveau-né, du numéro d'enregistrement de famille de Manitoba Health et du nom de famille. Une vérification extensive du couplage a été effectuée lorsque le nom de famille de la mère différait de celui du nouveau-né. La plupart des lignes de données contiennent des informations sur la mère et le nouveau-né. Les dossiers maternels non couplés à celui d'un nouveau-né n'ont été retenus que si l'un des diagnostics de la mère incluait un code-v de mortinaissance (V271, V274, V277), en présumant qu'aucun dossier de nouveau-né n'avait été ouvert pour ces naissances. Tous les dossiers de nouveau-nés ont été retenus étant donné qu'ils représentent tous une naissance, que l'on puisse ou non établir un lien avec un dossier maternel. Les données sur la couverture médicale de Manitoba Health ont été fusionnées aux dossiers couplés selon le numéro d'identification personnelle du nouveau-né dans le réseau de la santé, pour ajouter les codes et les dates d'annulation à cette base de données.

La base de données couplée obstétrique/nouveau-né n'identifie que les grossesses qui ont résulté en une naissance vivante ou une mortinaissance. Pour saisir les grossesses n'ayant donné lieu à aucune naissance, les dossiers des hôpitaux de Manitoba Health ont encore une fois fait l'objet de recherches et toutes les admissions en obstétrique, indépendamment de l'issue, ont été compilées dans une même base de données sur les grossesses. À l'aide de cette base de données, on a pu calculer les taux de grossesse ectopique, de grossesse molaire, d'avortement spontané (fausse couche) et d'avortement provoqué déclaré, de même que les mortinaissances et les naissances vivantes.

Qualité des données

Les dossiers d'hôpitaux de Manitoba Health partagent nombre des points forts et des points faibles de la base de données sur les congés des patients (BDCP). Par exemple, ils ne contiennent pas de données sur les grossesses résultant en une naissance à la maison, les avortements provoqués pratiqués dans une clinique privée ou les avortements spontanés non déclarés.

Système canadien de surveillance des anomalies congénitales

Les données du SCSAC proviennent dans une large mesure, de la BDCP. Le système puise également à d'autres sources de données, surtout pour obtenir plus de renseignements au sujet des provinces sous-représentées au niveau de la BDCP. Au Manitoba, on fait appel à la base provinciale de données sur l'hospitalisation et au Québec, on utilise les données du Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (Med-Écho). Ces deux systèmes s'apparentent à la BDCP. L'Alberta utilise son propre système de déclaration, l'Alberta Congenital Anomalies Surveillance System (ACASS), dont les principales sources de données sont les statistiques de l'état civil, les déclarations des hôpitaux et les communications spéciales avec les cliniques de génétique, les cliniques pédiatriques spécialisées et les laboratoires.

Qualité des données

La définition, l'interprétation et le diagnostic d'une anomalie peuvent varier d'un médecin à l'autre. Certaines anomalies peuvent être exclues ou incluses. D'autres peuvent être évaluées à partir de critères différents, d'où les écarts ou les inexactitudes observés dans les données déclarées. Certaines anomalies peuvent être perçues comme partie intégrante d'un syndrome, alors que d'autres sont déclarées séparément. Ces facteurs peuvent engendrer des écarts dans les taux nationaux, provinciaux et locaux. D'autres facteurs peuvent entraîner des inexactitudes, notamment les tendances et les différences liées aux diagnostics prénatals, aux interruptions de grossesse et aux pratiques en matière d'hospitalisation. Les fœtus dont les anomalies congénitales sont décelées par diagnostic prénatal et qui sont avortés ne sont pas inclus dans la SCSAC parce que les données de la BDCP n'en font pas état. Les pratiques relatives à l'hospitalisation affectent directement la capacité de repérer les nouveaux cas d'anomalies congénitales dans la BDCP.

Comme les données de l'Alberta, du Manitoba et du Québec ne proviennent pas de la même source, elles comportent des limites particulières, y compris celles mentionnées ci-dessus. La possibilité de dédoublements peut aussi affecter la qualité des données du SCSAC provenant de la BDCP, étant donné que celle-ci contient des renseignements sur les admissions distinctes du même nourrisson présentant parfois des anomalies congénitales différentes. Malgré le regroupement des divers enregistrements relatifs à un même enfant, ce processus n'est efficace que si les variables servant au couplage, comme la date de naissance, le sexe, le numéro d'assurance-maladie brouillé, le code postal ou géographique et les codes CIM-9, existent et sont exactes. L'exactitude et l'intégralité de ces variables peuvent varier et se traduire par des taux faussement élevés dans certains secteurs.

Une autre limite de la BDCP vient de ce qu'elle tient uniquement compte des naissances qui ont lieu à l'hôpital; or les hôpitaux ne contribuent pas tous à la BDCP. On observe aussi d'autres lacunes, comme le manque d'informations sur les facteurs de risques liés à l'environnement et au comportement, et sur le profil de grossesse actuel et passé de la mère. Ces données ne font pas partie du SCSAC. Les erreurs de codage, de transcription et de classification peuvent aussi accentuer les divergences dans les taux régionaux d'anomalies congénitales.

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes[10]

L'objectif premier de l'ELNEJ consiste à établir une base nationale de données portant sur les caractéristiques et les expériences de vie des enfants canadiens, au fur et à mesure de leur croissance, de la naissance à l'âge adulte. L'Enquête, menée par Statistique Canada, permet de recueillir des informations transversales et des données longitudinales. Amorcée en 1994-1995, la collecte de données doit se poursuivre tous les deux ans de manière à suivre l'évolution des enfants. Au cours des années subséquentes, on ajoutera un échantillon transversal pour tenir compte des groupes d'âge qui ne sont plus compris dans l'échantillon longitudinal.

L'analyse a porté sur le fichier de microdonnées à grande diffusion du cycle de collecte de données de 1996-1997. Ce fichier ne comprend aucune donnée provenant des territoires. Il contient des données sur le tabagisme, la consommation d'alcool et l'allaitement maternel pour 7 040 enfants de 0 à 3 ans, ce qui représente environ 284 000 enfants après pondération. Tous les taux ont été calculés à l'aide de cœfficients de pondération des échantillons.

Qualité des données

L'ELNEJ doit surtout servir aux analyses nationales et régionales, ainsi qu'à certaines analyses provinciales ou territoriales. La taille réduite de l'échantillon peut nuire à l'étude des taux dans certains sous-groupes de la population. L'attrition peut aussi contribuer à réduire la taille de l'échantillon longitudinal au cours des cycles de collecte de données subséquents. Dans bien des cas, les renseignements sur la santé périnatale ne sont pas assez complets pour servir aux analyses détaillées et peuvent être faussés par des erreurs de rappel, étant donné que les informations sont recueillies rétrospectivement jusqu'à trois ans après la naissance du bébé. Les renseignements sur la santé périnatale peuvent aussi être légèrement faussés en raison du plan de sondage, car ils portent uniquement sur les enfants en vie au moment de l'échantillonnage.

Méthodologie

Les méthodes statistiques utilisées étaient avant tout descriptives, et portaient sur des fréquences, des taux, des pourcentages et des moyennes. Lorsque les événements considérés sont rares ou que les taux sont basés sur un échantillon de petite taille, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats. Les dossiers dans lesquels il manquait des informations importantes ont été exclus des analyses. Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

Les statistiques présentées pour la plupart des indicateurs sont les suivantes :

1. **Tendances temporelles à l'échelle nationale** — La période couverte dans les tendances temporelles remonte aussi loin que 1981, selon les sources des données utilisées et l'indicateur considéré. Lorsqu'on ne possédait pas de données provinciales complètes pour toutes les années couvertes par la tendance, les données de la province en question ont été exclues des taux canadiens. Dans certains cas, lorsque les événements considérés étaient rares, les données pour plusieurs années ont été agrégées.
2. **Comparaisons entre les provinces et territoires** — Les comparaisons entre les provinces et territoires sont présentées pour l'année la plus récente pour laquelle on possédait des données. Dans certains cas, les différences régionales sont évaluées et interprétées à l'aide d'erreurs-types et d'intervalles de confiance à 95 p. 100. On n'a pu établir de statistiques distinctes pour le Nunavut étant donné que la période couverte dans le rapport précède la création de ce nouveau territoire.
3. **Comparaisons selon l'âge de la mère** — Certains indicateurs sont analysés en fonction de l'âge de la mère, lorsque l'âge est connu et approprié.

La majorité des indicateurs sont présentés sous forme de graphique. On trouvera toutefois les tables de données correspondant à toutes les figures à l'Annexe E.

Références

1. Statistique Canada. *Naissances et décès, 1996, 1997*, Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (1999) (N° 84F0210-XPB au catalogue (annuel)).
2. Fair, M. L'évolution des statistiques nationales sur l'état civil au Canada : Partie 1 — De 1605 à 1945, *Rapports sur la santé* (1994), 6 : 355-68.
3. Fair, M., Cyr, M. La Base de données canadienne sur les naissances : Un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue des grossesses, *Rapports sur la santé* (1993), 5 : 281-90.
4. Smith, M.E., Newcombe, H.B. Use of the Canadian Mortality Data Base for epidemiologic follow up, *Revue canadienne de santé publique* (1982), 73 : 39-45.
5. Fair, M., Cyr, M., Allen, A.C., Wen, S.W., Guyon, G., MacDonald, R.C. et coll. *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada*, Ottawa : Statistique Canada (1999) (N° 84F0013-XIF au catalogue).
6. Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès.* Fondé sur les recommandations formulées à l'occasion de la Conférence de la neuvième révision, 1975, Genève.
7. Institut canadien d'information sur la santé. Site Web (www.cihi.ca). Consulté le 7 février 2000.

8. Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Utilité et limite des dossiers d'hospitalisation courante pour la surveillance périnatale, *Maladies chroniques au Canada* (1997), 18 : 125-39.

9. Liu, S., Wen, S.W. Élaboration du couplage des données sur les congés de l'hôpital pour l'étude des réadmissions chez les nouveau-nés, *Maladies chroniques au Canada* (1999), 20 : 77-81.

10. Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : aperçu du matériel d'enquête pour 1996-1997, cycle 2*, Ottawa : Statistique Canada (1997) (N° 89F0078-XPF au catalogue).

Annexe B

Liste des indicateurs de la santé périnatale

Rang	Indicateur	Page
1	Taux de mortalité fœtale et infantile	65
2	Croissance fœtale : taux d'hypotrophie fœtale et d'hypertrophie fœtale	62
3	Taux de prématurité	57
4	Taux de postmaturité	60
5	Ratio de mortalité maternelle	41
6	Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes	12
7	Prévalence des anomalies congénitales	76
8	Prévalence du tabagisme pendant la grossesse	3
9	Ratio de morbidité maternelle grave	51
10	Taux d'accouchement par césarienne	21
11	Prévalence de l'allaitement maternel	9
12	Prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse	6
13	Taux de naissance multiple	74
14	Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital	79
15	Taux de grossesse ectopique	48
16	Taux de morbidité néonatale grave	71
17	Recours aux stéroïdes pendant la grossesse avant 34 semaines	
18	Ratio d'avortement provoqué	45
19	Taux de déclenchement du travail	19
20	Taux de réadmission de la mère suivant le congé après l'accouchement	53
21	Proportion de mères affichant un faible gain de poids	
22	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale	25
23	Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance	35
24	Taux d'avortement spontané	
25	Proportion de naissances chez les femmes n'ayant pas consulté au cours du premier trimestre	
26	Séparation mère/bébé	
27	Proportion de mères affichant un indice de masse corporelle (IMC) faible avant la grossesse	

Rang	Indicateur	Page
28	Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement	31
29	Proportion de femmes enceintes peu scolarisées	
30	Prévalence de l'exposition à la fumée de tabac ambiante pendant la grossesse	
31	Proportion de femmes enceintes sans conjoint	
32	Proportion de femmes enceintes qui disent ne pas avoir de soutien social	
33	Taux de recours à l'anesthésie générale lors des césariennes	
34	Taux de recours à l'anesthésie, par région, pendant l'accouchement	
35	Usage de surfactants avant la 34^{e} semaine de gestation	
36	Taux de réanimation des nouveau-nés hypotrophiques	
37	Taux de traumatisme périnéal	28
38	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques qui ont un faible indice d'Apgar après cinq minutes	
39	Proportion de femmes enceintes qui disent être victimes d'abus physique	
40	Proportion de femmes enceintes qui font état d'un haut niveau de stress psycho-social	
41	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques dont le pH du sang cordonnal est faible	
42	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques dont le sang cordonnal révèle un déficit de base	
43	Taux de circoncision	

Indicateurs de la santé périnatale additionnels

Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées	15
Prévalence de consommation de l'acide folique en période périconceptionnelle	
Taux de recours à l'échographie prénatale en obstétrique	
Taux de procréation médicalement assistée	
Prévalence de l'infection à streptocoque du groupe B	
Prévalence de la consommation de drogues illicites pendant la grossesse	
Prévalence de la dépression post-partum	
Taux de la surveillance électronique du fœtus	
Taux de satisfaction de la clientèle à l'égard des services	

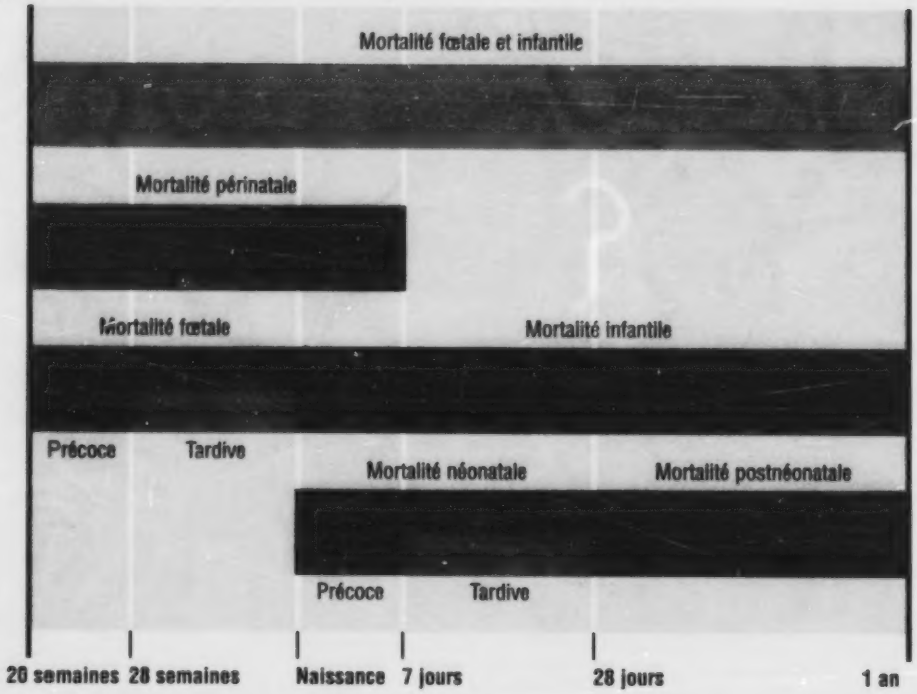
Annexe C

Liste des acronymes

ACASS	Alberta Congenital Anomalies Surveillance System
ATN	Anomalies du tube neural
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CCADTC	Classification canadienne des interventions diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales
Cés.	Césarienne
CIM-9	Classification statistique internationale des maladies, 9e édition
DC	Les Diététistes du Canada
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
GCC	Groupe composant la clientèle
IC	Intervalle de confiance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie
MCLA	Malformation congénitale liée à l'alcool
Med-Écho	Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
OMS	Organisation mondiale de la santé
QI	Quotient intellectuel
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RR	Risque relatif
SAF	Syndrome d'alcoolisme fœtal
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SDR	Syndrome de détresse respiratoire
SCSAC	Système canadien de surveillance des anomalies congénitales
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SOGC	La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Annexe D

Composantes de la mortalité fœtale et infantile*

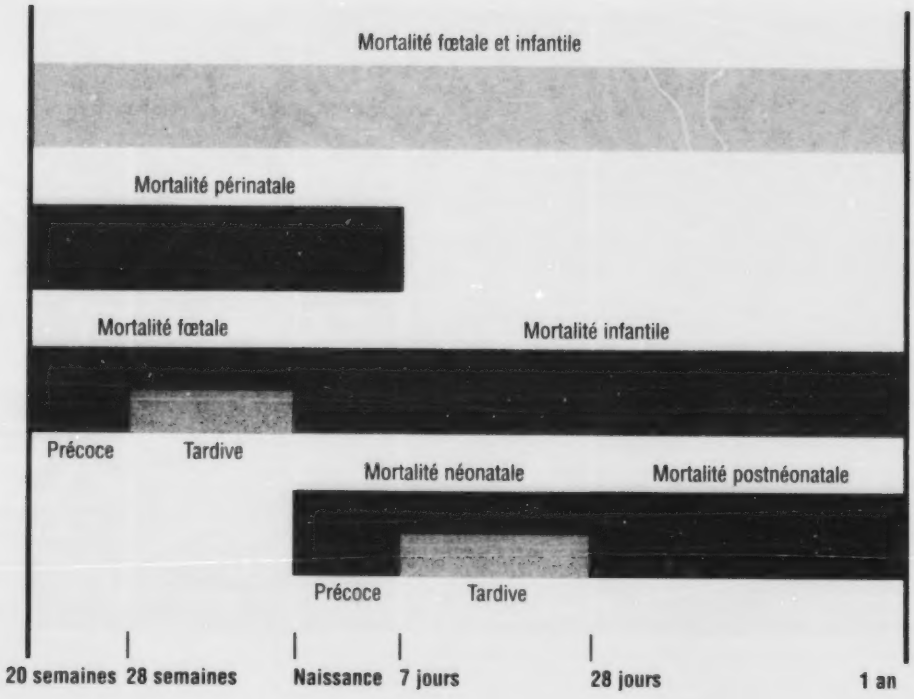


* Adapté de Péron, Y., Strohmenger, C. *Indicateurs démographiques et de santé : Présentation et interprétation*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1985 (Nº 82-543F au catalogue); et Monnier, A. Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile. Dans : *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris : INED (1985) : 52-5.

Lorsqu'on calcule le taux de mortalité fœtale et infantile, le taux de mortalité périnatale et le taux de mortinaissance, le dénominateur reflète le nombre total de naissances (naissances vivantes et mortinaissances), alors que lorsqu'on calcule le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale (précoce et tardive) et le taux de mortalité post-néonatale, le dénominateur reflète uniquement les naissances d'enfants vivants.

Annexe D

Composantes de la mortalité fœtale et infantile*



* Adapté de Péron, Y., Strohmenger, C. *Indicateurs démographiques et de santé : Présentation et interprétation*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1985 (N° 82-543F au catalogue); et Monnier, A. Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile. Dans : *Manuel d'analyse de la mortalité*. Paris : INED (1985) : 52-5.

Lorsqu'on calcule le taux de mortalité fœtale et infantile, le taux de mortalité périnatale et le taux de mortinaissance, le dénominateur reflète le nombre total de naissances (naissances vivantes et mortinaissances), alors que lorsqu'on calcule le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale (précoce et tardive) et le taux de mortalité post-néonatale, le dénominateur reflète uniquement les naissances d'enfants vivants.

Annexe E

Liste des tables de données

Tableau E1.1 Prévalence de comportements maternels, selon l'âge de la mère et selon la région/province, Canada (à l'exception des territoires), 1996-1997 111

Tableau E1.2 Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 112

Tableau E1.3 Nombre de femmes, selon l'âge, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 112

Tableau E1.4 Pourcentage de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 113

Tableau E1.5 Taux de naissance vivante, selon l'âge, pour 1 000 femmes, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997 113

Tableau E2.1 Taux de déclenchement du travail et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 114

Tableau E2.2 Taux de césarienne (cés.) totale et primaire et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba, 1994-1995 à 1997-1998 114

Tableau E2.3 Taux de césarienne (cés.) répétée et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1994-1995 à 1997-1998 114

Tableau E2.4 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 115

Tableau E2.5 Taux d'accouchement par voie vaginale par forceps et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 115

Tableau E2.6 Taux d'accouchement par voie vaginale par extraction par ventouse et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 116

Tableau E2.7 Taux de lacération périnéale et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 ... 116

Tableau E2.8 Taux d'épisiotomie et nombres, Canada, 1989-1990 à 1997-1998 117

Tableau E2.9 Taux d'épisiotomie et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 117

Tableau E2.10 Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 118

Tableau E2.11 Taux de court séjour (mère) pour un accouchement (par voie vaginale) et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 118

Tableau E2.12 Taux de court séjour (mère) pour un accouchement (par césarienne) et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 119

Tableau E2.13 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 119

Tableau E2.14 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 120

Tableau E3.1 Nombre de décès maternels et ratios de mortalité maternelle (RMM), selon les causes directes et indirectes, Canada, pour des intervalles de cinq ans, 1973-1977 à 1993-1997 120

Tableau E3.2 Taux d'avortement provoqué et nombres et ratios, Canada, 1990-1997 121

Tableau E3.3 Taux d'avortement provoqué et nombres et ratios, par province/territoire, Canada, 1997 121

Tableau E3.4 Taux d'avortement provoqué selon l'âge et nombres, Canada, 1997 122

Tableau E3.5 Taux de grossesse ectopique et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998 122

Tableau E3.6 Taux de grossesse ectopique et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 123

Tableau E3.7 Taux de grossesse ectopique et nombres, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998 123

Tableau E3.8 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1990-1991 à 1997-1998 124

Tableau E3.9 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement (accouchement par voie vaginale) et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1995-1996 à 1997-1998 124

Tableau E3.10 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement (accouchement par césarienne) et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1995-1996 à 1997-1998 125

Tableau E3.11 Nombre de réadmissions de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement, selon le diagnostic primaire, Canada (à l'exception du Québec), 1995-1996 à 1997-1998 125

Tableau E4.1 Taux de prématurité et nombres, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1997 126

Tableau E4.2 Taux de prématurité (accouchements simples et multiples) et nombres, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 126

Tableau E4.3 Taux de prématurité et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 127

Tableau E4.4 Taux de postmaturité et nombres, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997 127

Tableau E4.5 Taux de postmaturité et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 128

Tableau E4.6 Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtale et nombres, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997 128

Tableau E4.7 Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtale et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 129

Tableau E4.8 Taux de mortalité fœtale et nombres, Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997 129

Tableau E4.9 Taux de mortalité fœtale et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997 130

Tableau E4.10 Taux de mortalité néonatale (0-27 jours) et nombres, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997 130

Tableau E4.11 Taux de mortalité néonatale (0-27 jours) et nombres, par province/territoire, Canada, 1997 131

Tableau E4.12 Taux de mortalité postnéonatale (28-364 jours) et nombres, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997 131

Tableau E4.13 Taux de mortalité postnéonatale (28-364 jours) et nombres, par province/territoire, Canada, 1997 132

Tableau E4.14 Taux de mortalité infantile et nombres, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997 132

Tableau E4.15 Taux de mortalité infantile et nombres, par province/territoire, Canada, 1997 133

Tableau E4.16 Taux de mortalité infantile, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1994-1996 133

Tableau E4.17 Taux de mortalité infantile, selon le poids à la naissance, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1994-1996 134

Tableau E4.18 Nombre de mortalités infantiles, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996.... 134

Tableau E4.19 Nombre de naissances vivantes, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996.... 135

Tableau E4.20 Taux de mortalité infantile, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996..... 136

Tableau E4.21 Nombre de mortalités infantiles, selon le poids à la naissance, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996.... 137

Tableau E4.22 Nombre de naissances vivantes, selon le poids à la naissance, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996.... 137

Tableau E4.23 Taux de mortalité infantile, selon le poids à la naissance, par province/territoire, Canada (à l'exception de l'Ontario), 1992-1996.... 138

Tableau E4.24 Nombre de cas et taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR), Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998..... 139

Tableau E4.25 Nombre de cas et taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR), par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998..... 139

Tableau E4.26 Taux de naissance multiple et nombres, Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997 140

Tableau E4.27 Taux de naissance multiple et nombres, par province/territoire, Canada, 1997 140

Tableau E4.28 Nombre de cas et taux d'anomalie du tube neural (ATN), Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 1989-1997.... 141

Tableau E4.29 Nombre de cas et taux d'anomalie du tube neural (ATN), par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec), 1997 141

Taux E4.30 Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital et nombres, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 à 1997-1998..... 142

Tableau E4.31 Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital et nombres, par province/territoire, Canada (à l'exception du Québec et du Manitoba), 1997-1998 142

Tableau E4.32 Diagnostic principal pour la réadmission des nouveau-nés, Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 et 1997-1998..... 143

Tables de données

Tableau E1.1 **Prévalence de comportements maternels, selon l'âge de la mère et selon la région/province,** *Canada (à l'exception des territoires)†, 1996-1997*

	Pourcentage des enfants de 0-3 ans dont la mère a déclaré avoir eu certains des comportements suivants			
	Tabagisme durant la grossesse	Consommation d'alcool pendant la grossesse	Allaitement Oui	Allaitement Au moins trois mois*
Âge de la mère (ans)				
< 20	40,5**	—	72,5	31,6**
20-24	33,5	11,7***	70,7	38,9
25-29	24,5	14,1	74,1	47,7
30-34	16,9	16,4	79,4	59,1
≥ 35	17,2	22,6	78,2	59,2
Région/Province				
Provinces de l'Atlantique	25,2	7,7**	65,3	40,6
Québec	25,8	24,9	57,7	34,8
Ontario	18,8	13,8	81,2	59,2
Provinces des Prairies	21,0	16,1	88,0	63,2
Colombie-Britannique	18,6	14,9	89,0	65,2
CANADA†	**21,3**	**16,6**	**76,7**	**53,6**

Source : Statistique Canada, Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (Fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

† Les fichiers de microdonnées à grande diffusion ne contiennent pas de données pour les territoires. Les pourcentages ont été calculés à partir d'un échantillon de 7 040 enfants, pondéré de façon à représenter approximativement 284 000 enfants de 0-3 ans.

* Les enfants de moins de trois mois ont été exclus des calculs pour la catégorie « allaités au moins trois mois ».

** L'estimation se fonde sur un échantillon de petite taille.

*** Aucune autre catégorisation selon l'âge n'a été possible à cause de la petite taille de l'échantillon. L'estimation se fonde sur une population de moins de 25.

Tables de données

Tableau E1.1 **Prévalence de comportements maternels, selon l'âge de la mère et selon la région/province,** *Canada (à l'exception des territoires)†, 1996-1997*

	Pourcentage des enfants de 0-3 ans dont la mère a déclaré avoir eu certains des comportements suivants			
	Tabagisme durant la grossesse	Consommation d'alcool pendant la grossesse	Allaitement	
			Oui	Au moins trois mois*
Âge de la mère (ans)				
< 20	40,5**	—	72,5	31,6**
20-24	33,5	11,7***	70,7	38,9
25-29	24,5	14,1	74,1	47,7
30-34	16,9	16,4	79,4	59,1
≥ 35	17,2	22,6	78,2	59,2
Région/Province				
Provinces de l'Atlantique	25,2	7,7**	65,3	40,6
Québec	25,8	24,9	57,7	34,8
Ontario	18,8	13,8	81,2	59,2
Provinces des Prairies	21,0	16,1	88,0	63,2
Colombie-Britannique	18,6	14,9	89,0	65,2
CANADA†	**21,3**	**16,6**	**76,7**	**53,6**

Source : Statistique Canada, Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (Fichiers de microdonnées à grande diffusion), 1996-1997.

† Les fichiers de microdonnées à grande diffusion ne contiennent pas de données pour les territoires. Les pourcentages ont été calculés à partir d'un échantillon de 7 040 enfants, pondéré de façon à représenter approximativement 284 000 enfants de 0-3 ans.

* Les enfants de moins de trois mois ont été exclus des calculs pour la catégorie « allaités au moins trois mois ».

** L'estimation se fonde sur un échantillon de petite taille.

*** Aucune autre catégorisation selon l'âge n'a été possible à cause de la petite taille de l'échantillon. L'estimation se fonde sur une population de moins de 25.

Tableau E1.2 **Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	Nombre de nais. viv. âge inconnu	Total de nais. viv.
1981	268	29 054	110 535	135 581	67 668	15 328	2 080	113	3	457	361 087
1982	281	28 258	109 915	136 880	68 704	17 092	2,113	95	2	216	363 556
1983	222	25 377	107 199	139 651	71 506	18 293	2 111	100	0	181	364 640
1984	248	23 635	103 226	143 031	75 847	19 977	2 181	85	1	151	368 382
1985	225	22 089	98 257	143 817	79 109	21 040	2 317	82	1	165	367 102
1986	210	21 448	92 905	143 545	81 422	22 414	2 536	85	0	144	364 709
1987	235	20 975	86 576	142 700	84 567	23 695	2 863	100	2	164	361 877
1988	224	21 075	83 415	146 013	89 269	25 847	3 283	106	1	14	369 247
1989	214	22 479	83 070	150 727	96 513	28 134	3 567	96	1	22	384 823
1990	239	23 175	81 727	154 257	103 352	31 064	3 856	99	0	42	397 811
1991	261	23 370	78 735	147 530	106 132	32 720	4 072	135	0	2 407	395 362
1992	255	23 215	75 827	143 042	109 853	34 589	4 495	106	3	333	391 718
1993	249	22 783	73 458	133 163	110 735	36 349	4 809	139	5	274	381 964
1994	239	23 117	71 654	127 493	112 222	38 134	5 232	129	13	534	378 767
1995	232	22 863	69 634	119 968	113 122	40 060	5 593	192	2	483	372 149
1996	221	21 065	66 149	114 784	109 554	42 249	6 014	204	4	206	360 450
1997	214	19 208	62 291	108 379	103 729	42 679	6 334	207	3	127	343 171

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E1.3 **Nombre de femmes, selon l'âge,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
1981	912 514	1 126 623	1 200 228	1 096 612	1 011 583	801 399	658 347	611 182	612 637
1982	900 493	1 087 206	1 206 223	1 132 310	1 018 188	859 743	680 386	611 049	615 857
1983	890 157	1 036 757	1 208 099	1 158 596	1 032 397	903 098	710 081	613 125	616 357
1984	879 227	988 796	1 206 945	1 174 705	1 056 864	940 317	739 933	622 900	614 207
1985	870 361	952 515	1 196 540	1 185 387	1 088 432	975 230	769 788	633 454	610 541
1986	859 698	938 235	1 169 683	1 200 402	1 117 845	1 004 374	804 885	649 427	609 125
1987	862 801	925 569	1 127 939	1 216 479	1 151 278	1 018 661	862 386	675 066	607 687
1988	868 625	920 019	1 078 365	1 232 886	1 179 953	1 044 862	907 981	709 155	609 612
1989	880 786	918 194	1 046 999	1 254 392	1 211 740	1 083 214	955 249	743 764	621 877
1990	890 472	916 469	1 018 392	1 249 956	1 236 814	1 121 282	1 000 838	776 940	635 391
1991	901 471	910 497	1 001 166	1 212 408	1 258 909	1 149 248	1 039 446	813 224	655 438
1992	915 144	911 820	992 553	1 176 907	1 268 587	1 182 540	1 049 562	871 527	680 688
1993	929 615	915 955	981 417	1 131 569	1 279 302	1 213 249	1 070 253	920 355	713 443
1994	942 994	927 831	973 231	1 091 747	1 284 201	1 237 836	1 100 021	966 378	746 575
1995	951 014	940 270	967 452	1 062 096	1 278 105	1 260 509	1 134 954	1 010 283	779 258
1996	957 088	955 491	965 195	1 048 730	1 252 834	1 284 677	1 167 632	1 046 014	814 456
1997	962 692	965 064	970 964	1 040 734	1 222 368	1 301 633	1 206 279	1 057 933	873 955

Source : Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E1.4 **Pourcentage de naissances vivantes, selon l'âge de la mère,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-54 ans
1981	0,07	8,06	30,65	37,60	18,76	4,25	0,58	0,03
1982	0,08	7,78	30,25	37,67	18,91	4,70	0,58	0,03
1983	0,06	6,96	29,41	38,32	19,62	5,02	0,58	0,03
1984	0,07	6,42	28,03	38,84	20,60	5,43	0,59	0,02
1985	0,06	6,02	26,78	39,19	21,56	5,73	0,63	0,02
1986	0,06	5,88	25,48	39,37	22,33	6,15	0,70	0,02
1987	0,06	5,80	23,93	39,45	23,38	6,55	0,79	0,03
1988	0,06	5,71	22,59	39,54	24,18	7,00	0,89	0,03
1989	0,06	5,84	21,59	39,17	25,08	7,31	0,93	0,03
1990	0,06	5,83	20,55	38,78	25,98	7,81	0,97	0,02
1991	0,07	5,95	20,04	37,54	27,01	8,33	1,04	0,03
1992	0,07	5,93	19,37	36,55	28,07	8,84	1,15	0,03
1993	0,07	5,97	19,25	34,89	29,01	9,52	1,26	0,04
1994	0,06	6,11	18,94	33,71	29,67	10,08	1,38	0,04
1995	0,06	6,15	18,74	32,28	30,44	10,78	1,50	0,05
1996	0,06	5,85	18,36	31,86	30,41	11,73	1,67	0,06
1997	0,06	5,60	18,16	31,59	30,24	12,44	1,85	0,06

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E1.5 **Taux de naissance vivante, selon l'âge, pour 1 000 femmes,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
1981	0,29	25,79	92,10	123,64	66,89	19,13	3,16	0,18	0,00
1982	0,31	25,99	91,12	120,89	67,48	19,88	3,11	0,16	0,00
1983	0,25	24,48	88,73	120,53	69,26	20,26	2,97	0,16	0,00
1984	0,28	23,90	85,53	121,76	71,77	21,24	2,95	0,14	0,00
1985	0,26	23,19	82,12	121,32	72,68	21,57	3,01	0,13	0,00
1986	0,24	22,86	79,43	119,58	72,84	22,32	3,15	0,13	0,00
1987	0,27	22,66	76,76	117,31	73,45	23,26	3,32	0,15	0,00
1988	0,26	22,91	77,35	118,43	75,65	24,74	3,62	0,15	0,00
1989	0,24	24,48	79,34	120,16	79,65	25,97	3,73	0,13	0,00
1990	0,27	25,29	80,25	123,41	83,56	27,70	3,85	0,13	0,00
1991	0,29	25,67	78,64	121,68	84,30	28,47	3,92	0,17	0,00
1992	0,28	25,46	76,40	121,54	86,59	29,25	4,28	0,12	0,00
1993	0,27	24,87	74,85	117,68	86,56	29,96	4,49	0,15	0,01
1994	0,25	24,92	73,62	116,78	87,39	30,81	4,76	0,13	0,02
1995	0,24	24,32	71,98	112,95	88,51	31,78	4,93	0,19	0,00
1996	0,23	22,05	68,53	109,45	87,44	32,89	5,15	0,20	0,00
1997	0,22	19,90	64,15	104,14	84,86	32,79	5,25	0,20	0,00

Sources : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E1.2 Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère,

Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	Nombre de nais. viv. âge inconnu	Total de nais. viv.
1981	268	29 054	110 535	135 581	67 668	15 328	2 080	113	3	457	361 087
1982	281	28 258	109 915	136 880	68 704	17 092	2,113	95	2	216	363 556
1983	222	25 377	107 199	139 651	71 506	18 293	2 111	100	0	181	364 640
1984	248	23 635	103 226	143 031	75 847	19 977	2 181	85	1	151	368 382
1985	225	22 089	98 257	143 817	79 109	21 040	2 317	82	1	165	367 102
1986	210	21 448	92 905	143 545	81 422	22 414	2 536	85	0	144	364 709
1987	235	20 975	86 576	142 700	84 567	23 695	2 863	100	2	164	361 877
1988	224	21 075	83 415	146 013	89 269	25 847	3 283	106	1	14	369 247
1989	214	22 479	83 070	150 727	96 513	28 134	3 567	96	1	22	384 823
1990	239	23 175	81 727	154 257	103 352	31 064	3 856	99	0	42	397 811
1991	261	23 370	78 735	147 530	106 132	32 720	4 072	135	0	2 407	395 362
1992	255	23 215	75 827	143 042	109 853	34 589	4 495	106	3	333	391 718
1993	249	22 783	73 458	133 163	110 735	36 349	4 809	139	5	274	381 964
1994	239	23 117	71 654	127 493	112 222	38 134	5 232	129	13	534	378 767
1995	232	22 863	69 634	119 968	113 122	40 060	5 593	192	2	483	372 149
1996	221	21 065	66 149	114 784	109 554	42 249	6 014	204	4	206	360 450
1997	214	19 208	62 291	108 379	103 729	42 679	6 334	207	3	127	343 171

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E1.3 Nombre de femmes, selon l'âge,

Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
1981	912 514	1 126 623	1 200 228	1 096 612	1 011 583	801 399	658 347	611 182	612 637
1982	900 493	1 087 206	1 206 223	1 132 310	1 018 188	859 743	680 386	611 049	615 857
1983	890 157	1 036 757	1 208 099	1 158 596	1 032 397	903 098	710 081	613 125	616 357
1984	879 227	988 796	1 206 945	1 174 705	1 056 864	940 317	739 933	622 900	614 207
1985	870 361	952 515	1 196 540	1 185 387	1 088 432	975 230	769 788	633 454	610 541
1986	859 698	938 235	1 169 683	1 200 402	1 117 845	1 004 374	804 885	649 427	609 125
1987	862 801	925 569	1 127 939	1 216 479	1 151 278	1 018 661	862 386	675 066	607 687
1988	868 625	920 019	1 078 365	1 232 886	1 179 953	1 044 862	907 981	709 155	609 612
1989	880 788	918 194	1 046 999	1 254 392	1 211 740	1 083 214	955 249	743 764	621 877
1990	890 472	916 469	1 018 392	1 249 956	1 236 814	1 121 282	1 000 838	776 940	635 391
1991	901 471	910 497	1 001 166	1 212 408	1 258 909	1 149 248	1 039 446	813 224	655 438
1992	915 144	911 820	992 553	1 176 907	1 268 587	1 182 540	1 049 562	871 527	680 688
1993	929 615	915 955	981 417	1 131 569	1 279 302	1 213 249	1 070 253	920 355	713 443
1994	942 994	927 831	973 231	1 091 747	1 284 201	1 237 836	1 100 021	966 378	746 575
1995	951 014	940 270	967 452	1 062 096	1 278 105	1 260 509	1 134 954	1 010 283	779 258
1996	957 088	955 491	965 195	1 048 730	1 252 834	1 284 677	1 167 632	1 046 014	814 456
1997	962 692	965 064	970 964	1 040 734	1 222 368	1 301 633	1 206 279	1 057 933	873 955

Source : Statistique Canada. Estimations de la population féminine canadienne, 1981-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E1.4 **Pourcentage de naissances vivantes, selon l'âge de la mère,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-54 ans
1981	0,07	8,06	30,65	37,60	18,76	4,25	0,58	0,03
1982	0,08	7,78	30,25	37,67	18,91	4,70	0,58	0,03
1983	0,06	6,96	29,41	38,32	19,62	5,02	0,58	0,03
1984	0,07	6,42	28,03	38,84	20,60	5,43	0,59	0,02
1985	0,06	6,02	26,78	39,19	21,56	5,73	0,63	0,02
1986	0,06	5,88	25,48	39,37	22,33	6,15	0,70	0,02
1987	0,06	5,80	23,93	39,45	23,38	6,55	0,79	0,03
1988	0,06	5,71	22,59	39,54	24,18	7,00	0,89	0,03
1989	0,06	5,84	21,59	39,17	25,08	7,31	0,93	0,03
1990	0,06	5,83	20,55	38,78	25,98	7,81	0,97	0,02
1991	0,07	5,95	20,04	37,54	27,01	8,33	1,04	0,03
1992	0,07	5,93	19,37	36,55	28,07	8,84	1,15	0,03
1993	0,07	5,97	19,25	34,89	29,01	9,52	1,26	0,04
1994	0,06	6,11	18,94	33,71	29,67	10,08	1,38	0,04
1995	0,06	6,15	18,74	32,28	30,44	10,78	1,50	0,05
1996	0,06	5,85	18,36	31,86	30,41	11,73	1,67	0,06
1997	0,06	5,60	18,16	31,59	30,24	12,44	1,85	0,06

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1981-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E1.5 **Taux de naissance vivante, selon l'âge, pour 1 000 femmes,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
1981	0,29	25,79	92,10	123,64	66,89	19,13	3,16	0,18	0,00
1982	0,31	25,99	91,12	120,89	67,48	19,88	3,11	0,16	0,00
1983	0,25	24,48	88,73	120,53	69,26	20,26	2,97	0,16	0,00
1984	0,28	23,90	85,53	121,76	71,77	21,24	2,95	0,14	0,00
1985	0,26	23,19	82,12	121,32	72,68	21,57	3,01	0,13	0,00
1986	0,24	22,86	79,43	119,58	72,84	22,32	3,15	0,13	0,00
1987	0,27	22,66	76,76	117,31	73,45	23,26	3,32	0,15	0,00
1988	0,26	22,91	77,35	118,43	75,65	24,74	3,62	0,15	0,00
1989	0,24	24,48	79,34	120,16	79,65	25,97	3,73	0,13	0,00
1990	0,27	25,29	80,25	123,41	83,56	27,70	3,85	0,13	0,00
1991	0,29	25,67	78,64	121,68	84,30	28,47	3,92	0,17	0,00
1992	0,28	25,46	76,40	121,54	86,59	29,25	4,28	0,12	0,00
1993	0,27	24,87	74,85	117,68	86,56	29,96	4,49	0,15	0,01
1994	0,25	24,92	73,62	116,78	87,39	30,81	4,76	0,13	0,02
1995	0,24	24,32	71,98	112,95	88,51	31,78	4,93	0,19	0,00
1996	0,23	22,05	68,53	109,45	87,44	32,89	5,15	0,20	0,00
1997	0,22	19,90	64,15	104,14	84,86	32,79	5,25	0,20	0,00

Sources : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1981-1997.
Statistique Canada. Estimations de la population féminine canadienne. 1981-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E2.1 **Taux de déclenchement du travail et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Déclench. travail	Accouch. à l'hôpital	Déclench. (I.C. 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital	
Terre-Neuve	1 047	5 290	19,8	(18,7-20,9)
Île-du-Prince-Édouard	277	1 481	18,7	(16,7-20,7)
Nouvelle-Écosse	1 974	9 756	20,2	(19,4-21,0)
Nouveau-Brunswick	1 295	7 963	16,3	(15,5-17,1)
Ontario	24 170	135 616	17,8	(17,6-18,0)
Manitoba	2 918	14 833	19,7	(19,0-20,3)
Saskatchewan	2 703	12 318	21,9	(21,2-22,7)
Alberta	8 024	36 254	22,1	(21,7-22,6)
Colombie-Britannique	7 171	43 529	16,5	(16,1-16,8)
Yukon	64	427	15,0	(11,7-18,7)
Territoires du Nord-Ouest	122	1 166	10,4	(8,7-12,3)
CANADA*	**49 765**	**268 633**	**18,5**	**(18,4-18,7)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.2 **Taux de césarienne (cés.) totale et primaire et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*

Année	Nombre de cés.	Nombre d'accouch. à l'hôpital	Cés. pour 100 accouch. à l'hôpital	Nombre de cés. primaires	Nombre de nais. sans cés. antérieure	Cés. primaire pour 100 accouch. à l'hôpital
1994-1995	47 394	266 055	17,8	30 463	241 372	12,6
1995-1996	47 194	261 834	18,0	30 312	236 438	12,8
1996-1997	46 682	250 593	18,6	30 187	225 796	13,4
1997-1998	46 513	244 044	19,1	30 241	219 676	13,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.3 **Taux de césarienne (cés.) répétée et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*

Année	Nombre de femmes ayant déjà eu une cés.	Nombre d'accouch. à l'hôpital	% de femmes ayant déjà eu une cés. **	Nombre de cés. répétées	% cés. répétées
1994-1995	24 683	266 055	9,3	16 931	68,6
1995-1996	25 396	261 834	9,7	16 882	66,5
1996-1997	24 797	250 593	9,9	16 495	66,5
1997-1998	24 368	244 044	10,0	16 272	66,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** L'augmentation observée dans le temps du pourcentage des femmes ayant déjà une césarienne pourrait être attribuable à une tendance accrue à enregistrer les accouchements par césarienne antérieurs dans les bases de données sur les congés des hôpitaux.

Tableau E2.4 **Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre d'accouch. chir. vag.	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Accouch. chir. vaginal (IC 95 %) pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	
Terre-Neuve	730	4 051	18,0	(16,8-19,2)
Île-du-Prince-Édouard	115	1 170	9,8	(8,2-11,7)
Nouvelle-Écosse	1 074	7 936	13,5	(12,8-14,3)
Nouveau-Brunswick	1 130	6 207	18,2	(17,2-19,2)
Ontario	20 780	109 856	18,9	(18,7-19,1)
Manitoba	979	12 392	7,9	(7,4-8,4)
Saskatchewan	1 925	10 360	18,5	(17,8-19,3)
Alberta	5 642	30 272	18,6	(18,2-19,0)
Colombie-Britannique	5 125	34 221	14,9	(14,6-15,3)
Yukon	56	364	15,4	(11,8-19,5)
Territoires du Nord-Ouest	55	1 030	5,3	(4,0-6,9)
CANADA*	**37 611**	**217 859**	**17,2**	**(17,1-17,4)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.5 **Taux d'accouchement par voie vaginale par forceps et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de recours aux forceps	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Forceps (IC 95 %) pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	
Terre-Neuve	350	4 051	8,6	(7,8-9,5)
Île-du-Prince-Édouard	53	1 170	4,5	(3,4-5,9)
Nouvelle-Écosse	677	7 936	8,5	(7,9-9,1)
Nouveau-Brunswick	550	6 207	8,8	(8,2-9,6)
Ontario	8 925	109 856	8,1	(8,0-8,3)
Manitoba	358	12 392	2,9	(2,6-3,2)
Saskatchewan	541	10 360	5,2	(4,8-5,6)
Alberta	2 250	30 272	7,4	(7,1-7,7)
Colombie-Britannique	2 325	34 221	6,8	(6,5-7,1)
Yukon	4	364	1,1	(0,3-2,8)
Territoires du Nord-Ouest	12	1 030	1,2	(0,6-2,0)
CANADA*	**16 045**	**217 859**	**7,4**	**(7,2-7,5)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.1 **Taux de déclenchement du travail et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Déclench. travail	Accouch. à l'hôpital	Déclench. (I.C. 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital	
Terre-Neuve	1 047	5 290	19,8	(18,7-20,9)
Île-du-Prince-Édouard	277	1 481	18,7	(16,7-20,7)
Nouvelle-Écosse	1 974	9 756	20,2	(19,4-21,0)
Nouveau-Brunswick	1 295	7 963	16,3	(15,5-17,1)
Ontario	24 170	135 616	17,8	(17,6-18,0)
Manitoba	2 918	14 833	19,7	(19,0-20,3)
Saskatchewan	2 703	12 318	21,9	(21,2-22,7)
Alberta	8 024	36 254	22,1	(21,7-22,6)
Colombie-Britannique	7 171	43 529	16,5	(16,1-16,8)
Yukon	64	427	15,0	(11,7-18,7)
Territoires du Nord-Ouest	122	1 166	10,4	(8,7-12,3)
CANADA*	**49 765**	**268 633**	**18,5**	**(18,4-18,7)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.2 **Taux de césarienne (cés.) totale et primaire et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*

Année	Nombre de cés.	Nombre d'accouch. à l'hôpital	Cés. pour 100 accouch. à l'hôpital	Nombre de cés. primaires	Nombre de nais. sans cés. antérieure	Cés. primaire pour 100 accouch. à l'hôpital
1994-1995	47 394	266 055	17,8	30 463	241 372	12,6
1995-1996	47 194	261 834	18,0	30 312	236 438	12,8
1996-1997	46 682	250 593	18,6	30 167	225 796	13,4
1997-1998	46 513	244 044	19,1	30 241	219 676	13,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.3 **Taux de césarienne (cés.) répétée et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1994-1995 à 1997-1998*

Année	Nombre de femmes ayant déjà eu une cés.	Nombre d'accouch. à l'hôpital	% de femmes ayant déjà eu une cés. **	Nombre de cés. répétées	% cés. répétées
1994-1995	24 683	266 055	9,3	16 931	68,6
1995-1996	25 306	261 834	9,7	16 882	66,5
1996-1997	24 797	250 593	9,9	16 495	66,5
1997-1998	24 368	244 044	10,0	16 272	66,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1994-1995 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** L'augmentation observée dans le temps du pourcentage des femmes ayant déjà une césarienne pourrait être attribuable à une tendance accrue à enregistrer les accouchements par césarienne antérieurs dans les bases de données sur les congés des hôpitaux.

Tableau E2.4 **Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre d'accouch. chir. vag.	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Accouch. chir. vaginal (IC 95 %) pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	
Terre-Neuve	730	4 051	18,0	(16,8-19,2)
Île-du-Prince-Édouard	115	1 170	9,8	(8,2-11,7)
Nouvelle-Écosse	1 074	7 936	13,5	(12,8-14,3)
Nouveau-Brunswick	1 130	6 207	18,2	(17,2-19,2)
Ontario	20 720	109 856	18,9	(18,7-19,1)
Manitoba	979	12 392	7,9	(7,4-8,4)
Saskatchewan	1 925	10 360	18,5	(17,8-19,3)
Alberta	5 642	30 272	18,6	(18,2-19,0)
Colombie-Britannique	5 125	34 221	14,9	(14,6-15,3)
Yukon	56	364	15,4	(11,8-19,5)
Territoires du Nord-Ouest	55	1 030	5,3	(4,0-6,9)
CANADA*	**37 611**	**217 859**	**17,2**	**(17,1-17,4)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.5 **Taux d'accouchement par voie vaginale par forceps et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de recours aux forceps	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Forceps (IC 95 %) pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	
Terre-Neuve	350	4 051	8,6	(7,8-9,5)
Île-du-Prince-Édouard	53	1 170	4,5	(3,4-5,9)
Nouvelle-Écosse	677	7 936	8,5	(7,9-9,1)
Nouveau-Brunswick	550	6 207	8,8	(8,2-9,6)
Ontario	8 925	109 856	8,1	(8,0-8,3)
Manitoba	358	12 392	2,9	(2,6-3,2)
Saskatchewan	541	10 360	5,2	(4,8-5,6)
Alberta	2 250	30 272	7,4	(7,1-7,7)
Colombie-Britannique	2 325	34 221	6,8	(6,5-7,1)
Yukon	4	364	1,1	(0,3-2,8)
Territoires du Nord-Ouest	12	1 030	1,2	(0,6-2,0)
CANADA*	**16 045**	**217 859**	**7,4**	**(7,2-7,5)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.6 **Taux d'accouchement par voie vaginale par extraction par ventouse et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre d'extractions par ventouse	Nombre d'accouch. vaginaux à l'hôpital	Extraction par ventouse (IC 95 %) pour 100 accouch. vaginaux à l'hôpital	
Terre-Neuve	387	4 051	9,5	(8,7-10,5)
Île-du-Prince-Édouard	67	1 170	5,7	(4,5-7,2)
Nouvelle-Écosse	407	7 936	5,1	(4,7-5,6)
Nouveau-Brunswick	698	6 207	11,2	(10,5-12,0)
Ontario	12 411	109 856	11,3	(11,1-11,5)
Manitoba	621	12 392	5,0	(4,6-5,4)
Saskatchewan	1 534	10 360	14,8	(14,1-15,5)
Alberta	3 778	30 272	12,5	(12,1-12,8)
Colombie-Britannique	2 972	34 221	8,7	(8,4-9,0)
Yukon	53	364	14,6	(11,1-18,6)
Territoires du Nord-Ouest	43	1 030	4,2	(3,0-5,6)
CANADA*	**22 971**	**217 859**	**10,5**	**(10,4-10,7)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.7 **Taux de lacération périnéale et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de lacérations des 1er et 2e degrés	Nombre de lacérations des 3e et 4e degrés	Nombre d'accouch. vaginaux à l'hôpital	Lacérations des 1er et 2e degrés pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	Lacérations des 3e et 4e degrés pour 100 accouch. vag. à l'hôpital
1989-1990	63 784	8 188	213 440	29,9	3,8
1990-1991	70 453	9 085	221 711	31,8	4,1
1991-1992	77 950	9 175	223 236	34,9	4,1
1992-1993	86 255	8 962	220 579	39,1	4,1
1993-1994	92 228	8 611	217 585	42,4	4,0
1994-1995	97 735	8 599	218 661	44,7	3,9
1995-1996	100 092	7 934	214 640	46,6	3,7
1996-1997	98 190	7 875	203 911	48,2	3,9
1997-1998	96 477	7 527	197 531	48,8	3,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.8 **Taux d'épisiotomie et nombres,**
Canada, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Épisiotomies pour 100 accouch. vag. à l'hôpital
1989-1990	173 128	314 936	55,0
1990-1991	169 077	328 364	51,5
1991-1992	157 093	328 601	47,8
1992-1993	139 259	327 250	42,6
1993-1994	121 405	321 857	37,7
1994-1995	Aucune donnée**	218 661	Aucune donnée**
1995-1996	Aucune donnée**	214 640	Aucune donnée**
1996-1997	55 118	203 911	27,0
1997-1998	50 140	197 531	25,4

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.
Graham et coll. (1997).

* Les données sur l'épisiotomie pour 1996-1997 à 1997-1998 excluent le Québec, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba.

** On ne possède aucune donnée sur l'épisiotomie pour 1994-1995 et 1995-1996.

Tableau E2.9 **Taux d'épisiotomie et nombres, par province/territoire,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Épisiotomies (IC 95 %) pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	
Terre-Neuve	1 091	4 051	26,9	(25,6-28,3)
Île-du-Prince-Édouard	411	1 170	35,1	(32,4-37,9)
Nouvelle-Écosse	2 073	7 936	26,1	(25,2-27,1)
Nouveau-Brunswick	1 994	6 207	32,1	(31,0-33,3)
Ontario	30 479	109 856	27,7	(27,5-28,0)
Manitoba	2 678	12 392	21,6	(20,9-22,3)
Saskatchewan	2 383	10 360	23,0	(22,2-23,8)
Alberta	6 680	30 272	22,1	(21,6-22,5)
Colombie-Britannique	7 004	34 221	20,5	(20,0-20,9)
Yukon	22	364	6,0	(3,8-9,0)
Territoires du Nord-Ouest	76	1 030	7,4	(5,9-9,1)
CANADA*	**54 891**	**217 859**	**25,2**	**(25,0-25,4)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.6 **Taux d'accouchement par voie vaginale par extraction par ventouse et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre d'extractions par ventouse	Nombre d'accouch. vaginaux à l'hôpital	Extraction par ventouse (IC 95 %) pour 100 accouch. vaginaux à l'hôpital	
Terre-Neuve	387	4 051	9,5	(8,7-10,5)
Île-du-Prince-Édouard	67	1 170	5,7	(4,5-7,2)
Nouvelle-Écosse	407	7 936	5,1	(4,7-5,6)
Nouveau-Brunswick	698	6 207	11,2	(10,5-12,0)
Ontario	12 411	109 856	11,3	(11,1-11,5)
Manitoba	621	12 392	5,0	(4,6-5,4)
Saskatchewan	1 534	10 360	14,8	(14,1-15,5)
Alberta	3 778	30 272	12,5	(12,1-12,8)
Colombie-Britannique	2 972	34 221	8,7	(8,4-9,0)
Yukon	53	364	14,6	(11,1-18,6)
Territoires du Nord-Ouest	43	1 030	4,2	(3,0-5,6)
CANADA*	**22 971**	**217 859**	**10,5**	**(10,4-10,7)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.7 **Taux de lacération périnéale et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de lacérations des 1er et 2e degrés	Nombre de lacérations des 3e et 4e degrés	Nombre d'accouch. vaginaux à l'hôpital	Lacérations des 1er et 2e degrés pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	Lacérations des 3e et 4e degrés pour 100 accouch. vag. à l'hôpital
1989-1990	63 784	8 188	213 440	29,9	3,8
1990-1991	70 453	9 085	221 711	31,8	4,1
1991-1992	77 950	9 175	223 236	34,9	4,1
1992-1993	86 255	8 962	220 579	39,1	4,1
1993-1994	92 228	8 611	217 595	42,4	4,0
1994-1995	97 735	8 599	218 661	44,7	3,9
1995-1996	100 092	7 934	214 640	46,6	3,7
1996-1997	98 190	7 875	203 911	48,2	3,9
1997-1998	96 477	7 527	197 531	48,8	3,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.8 **Taux d'épisiotomie et nombres,**
Canada, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Épisiotomies pour 100 accouch. vag. à l'hôpital
1989-1990	173 128	314 936	55,0
1990-1991	169 077	328 364	51,5
1991-1992	157 093	328 601	47,8
1992-1993	139 259	327 250	42,6
1993-1994	121 405	321 857	37,7
1994-1995	Aucune donnée**	218 661	Aucune donnée**
1995-1996	Aucune donnée**	214 640	Aucune donnée**
1996-1997	55 118	203 911	27,0
1997-1998	50 140	197 531	25,4

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.
Graham et coll. (1997).

* Les données sur l'épisiotomie pour 1996-1997 à 1997-1998 excluent le Québec, la Nouvelle-Écosse et ie Manitoba.

** On ne possède aucune donnée sur l'épisiotomie pour 1994-1995 et 1995-1996.

Tableau E2.9 **Taux d'épisiotomie et nombres, par province/territoire,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Épisiotomies (IC 95 %) pour 100 accouch. vag. à l'hôpital	
Terre-Neuve	1 091	4 051	26,9	(25,6-28,3)
Île-du-Prince-Édouard	411	1 170	35,1	(32,4-37,9)
Nouvelle-Écosse	2 073	7 936	26,1	(25,2-27,1)
Nouveau-Brunswick	1 994	6 207	32,1	(31,0-33,3)
Ontario	30 479	109 856	27,7	(27,5-28,0)
Manitoba	2 678	12 392	21,6	(20,9-22,3)
Saskatchewan	2 383	10 360	23,0	(22,2-23,8)
Alberta	6 680	30 272	22,1	(21,6-22,5)
Colombie-Britannique	7 004	34 221	20,5	(20,0-20,9)
Yukon	22	364	6,0	(3,8-9,0)
Territoires du Nord-Ouest	76	1 030	7,4	(5,9-9,1)
CANADA*	**54 891**	**217 859**	**25,2**	**(25,0-25,4)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.10 **Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Séjour < 2 jours pour un accouch. vag.			Séjour < 4 jours pour un accouch. par cés.		
	Nombre de femmes — séjour < 2 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. vaginaux à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 2 jours pour 100 accouch. vag.	Nombre de femmes — séjour < 4 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. par cés. à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 4 jours pour 100 accouch. par cés.
1989-1990	6 801	213 440	3,2	1 099	52 336	2,1
1990-1991	7 781	221 711	3,5	1 337	53 073	2,5
1991-1992	10 071	223 236	4,5	1 685	51 347	3,3
1992-1993	13 276	220 579	6,0	2 736	49 741	5,5
1993-1994	1 954	217 595	9,0	4 647	48 456	9,6
1994-1995	36 294	218 661	16,6	8 174	47 394	17,3
1995-1996	47 593	214 640	22,2	10 962	47 194	23,2
1996-1997	46 788	203 911	23,0	12 295	46 682	26,3
1997-1998	50 495	197 531	25,6	14 556	46 513	31,3

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.11 **Taux de court séjour (mère) pour un accouchement (par voie vaginale) et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de femmes — séjour < 2 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 2 jours pour 100 accouch. vag. (IC 95 %)	
Terre-Neuve	215	4 051	5,3	(4,6-6,0)
Île-du-Prince-Édouard	18	1 170	1,5	(0,9-2,4)
Nouvelle-Écosse	1 097	7 936	13,8	(13,1-14,6)
Nouveau-Brunswick	240	6 207	3,9	(3,4-4,4)
Ontario	31 247	109 856	28,4	(28,2-28,7)
Manitoba**	1 113	11 712	9,5	(9,0-10,1)
Saskatchewan	974	10 360	9,4	(8,8-10,0)
Alberta	10 988	30 272	36,3	(35,8-36,8)
Colombie-Britannique	6 540	34 221	19,1	(18,7-19,5)
Yukon	44	364	12,1	(8,9-15,9)
Territoires du Nord-Ouest	229	1 030	22,2	(19,7-24,9)
CANADA*	**52 705**	**217 179**	**24,3**	**(24,1-24,4)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

** Comme certaines données du Manitoba sur les séjours à l'hôpital manquent pour certains accouchements vaginaux à l'hôpital, le nombre de cas est inférieur à celui qui figure au Tableau E2.9.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.12 **Taux de court séjour (mère) pour un accouchement (par césarienne) et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Séjour < 4 jours pour un accouch. par cés.			
	Nombre de femmes — séjour < 4 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. par cés. à l'hôpital	Accouch à l'hôpital — séjour < 4 jours pour 100 accouch. par cés. (IC 95 %)	
Terre-Neuve	196	1 239	15,8	(13,8-18,0)
Île-du-Prince-Édouard	14	311	4,5	(2,5-7,4)
Nouvelle-Écosse	607	1 820	33,4	(31,2-35,6)
Nouveau-Brunswick	461	1 756	26,3	(24,2-28,4)
Ontario	7 877	25 760	30,6	(30,0-31,1)
Manitoba	513	2 433	21,1	(19,5-22,8)
Saskatchewan	421	1 958	21,5	(19,7-23,4)
Alberta	2 692	5 982	45,0	(43,7-46,3)
Colombie-Britannique	2 849	9 308	30,6	(29,7-31,6)
Yukon	20	63	31,7	(20,6-44,7)
Territoires du Nord-Ouest	26	136	19,1	(12,9-26,7)
CANADA*	**15 676**	**50 766**	**30,9**	**(30,5-31,3)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

*La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.13 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Poids à la naissance 1 000-2 499 g			Poids à la naissance ≥ 2 500 g		
	Nombre de nouveau-nés — séjours < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital	Nombre de nouveau-nés — séjours < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital
1989-1990	1 519	13 566	11,2	7 942	252 782	3,1
1990-1991	1 419	13 824	10,3	9 864	261 811	3,8
1991-1992	1 454	13 989	10,4	13 255	261 480	5,1
1992-1993	1 504	13 774	10,9	18 399	257 731	7,1
1993-1994	1 600	13 820	11,6	27 187	253 274	10,7
1994-1995	1 975	14 235	13,9	49 353	253 065	19,5
1995-1996	2 078	13 866	15,0	62 804	249 093	25,2
1996-1997	1 885	13 252	14,2	61 741	238 656	25,9
1997-1998	1 771	12 974	13,7	66 735	232 509	28,7

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.10 **Taux de séjour de courte durée (mère) à l'hôpital pour un accouchement et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Séjour < 2 jours pour un accouch. vag.			Séjour < 4 jours pour un accouch. par ces.		
	Nombre de femmes — séjour < 2 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. vaginaux à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 2 jours pour 100 accouch. vag.	Nombre de femmes — séjour < 4 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. par ces. à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 4 jours pour 100 accouch. par ces.
1989-1990	6 801	213 440	3,2	1 099	52 336	2,1
1990-1991	7 781	221 711	3,5	1 337	53 073	2,5
1991-1992	10 071	223 236	4,5	1 685	51 347	3,3
1992-1993	13 276	220 579	6,0	2 736	49 741	5,5
1993-1994	1 954	217 595	9,0	4 647	48 456	9,6
1994-1995	36 294	218 661	16,6	8 174	47 394	17,3
1995-1996	47 593	214 640	22,2	10 962	47 194	23,2
1996-1997	46 788	203 911	23,0	12 295	46 682	26,3
1997-1998	50 495	197 531	25,6	14 556	46 513	31,3

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2.11 **Taux de court séjour (mère) pour un accouchement (par voie vaginale) et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de femmes — séjour < 2 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 2 jours pour 100 accouch. vag. (IC 95 %)	
Terre-Neuve	215	4 051	5,3	(4,6-6,0)
Île-du-Prince-Édouard	18	1 170	1,5	(0,9-2,4)
Nouvelle-Écosse	1 097	7 936	13,8	(13,1-14,6)
Nouveau-Brunswick	240	6 207	3,9	(3,4-4,4)
Ontario	31 247	109 856	28,4	(28,2-28,7)
Manitoba**	1 113	11 712	9,5	(9,0-10,1)
Saskatchewan	974	10 360	9,4	(8,8-10,0)
Alberta	10 988	30 272	36,3	(35,8-36,8)
Colombie-Britannique	6 540	34 221	19,1	(18,7-19,5)
Yukon	44	364	12,1	(8,9-15,9)
Territoires du Nord-Ouest	229	1 030	22,2	(19,7-24,9)
CANADA*	**52 705**	**217 179**	**24,3**	**(24,1-24,4)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

** Comme certaines données du Manitoba sur les séjours à l'hôpital manquent pour certains accouchements vaginaux à l'hôpital, le nombre de cas est inférieur à celui qui figure au Tableau E2.9.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2 12 **Taux de court séjour (mère) pour un accouchement (par césarienne) et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Séjour < 4 jours pour un accouch. par ces.			
	Nombre de femmes — séjour < 4 jours à l'hôpital	Nombre d'accouch. par ces. à l'hôpital	Accouch. à l'hôpital — séjour < 4 jours pour 100 accouch. par ces. (IC 95 %)	
Terre-Neuve	196	1 239	15,8	(13,8-18,0)
Île-du-Prince-Édouard	14	311	4,5	(2,5-7,4)
Nouvelle-Écosse	607	1 820	33,4	(31,2-35,6)
Nouveau-Brunswick	461	1 756	26,3	(24,2-28,4)
Ontario	7 877	25 760	30,6	(30,0-31,1)
Manitoba	513	2 433	21,1	(19,5-22,8)
Saskatchewan	421	1 958	21,5	(19,7-23,4)
Alberta	2 692	5 982	45,0	(43,7-46,3)
Colombie-Britannique	2 849	9 308	30,6	(29,7-31,6)
Yukon	20	63	31,7	(20,6-44,7)
Territoires du Nord-Ouest	26	136	19,1	(12,9-26,7)
CANADA*	**15 676**	**50 766**	**30,9**	**(30,5-31,3)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

*La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2 13 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Poids à la naissance 1 000-2 499 g			Poids à la naissance ≥ 2 500 g		
	Nombre de nouveau-nés — séjours < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital	Nombre de nouveau-nés — séjours < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital
1989-1990	1 519	13 566	11,2	7 942	252 782	3,1
1990-1991	1 419	13 824	10,3	9 864	261 811	3,8
1991-1992	1 454	13 989	10,4	13 255	261 480	5,1
1992-1993	1 504	13 774	10,9	18 399	257 731	7,1
1993-1994	1 600	13 820	11,6	27 187	253 274	10,7
1994-1995	1 975	14 235	13,9	49 353	253 065	19,5
1995-1996	2 078	13 866	15,0	62 804	249 093	25,2
1996-1997	1 885	13 252	14,2	61 741	238 656	25,9
1997-1998	1 771	12 974	13,7	66 735	232 509	28,7

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E2 14 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Poids à la naissance 1 000-2 499 g				Poids à la naissance ≥ 2 500 g			
	Nombre de nouveau-nés — séjour < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital	(IC 95 %)	Nombre de nouveau-nés — séjour < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital	(IC 95 %)
Terre-Neuve	39	288	13,5	(9,8-18,0)	364	5 020	7,3	(6,5-8,0)
Île-du-Prince-Édouard	7	59	11,9	(4,9-22,9)	21	1 432	1,5	(0,9-2,2)
Nouvelle-Écosse	33	545	6,1	(4,2-8,4)	1 655	9 310	17,8	(17,0-18,6)
Nouveau-Brunswick	12	396	3,0	(1,6-5,2)	294	7 627	3,9	(3,4-4,3)
Ontario	914	7 356	12,4	(11,7-13,2)	40 159	129 102	31,1	(30,9-31,4)
Manitoba	37	698	5,3	(3,8-7,2)	1 771	13 216	13,4	(12,8-14,0)
Saskatchewan	43	589	7,3	(5,3-9,7)	1 441	11 837	12,2	(11,6-12,8)
Alberta	330	2 131	15,5	(14,0-17,1)	14 803	34 362	43,1	(42,6-43,6)
Colombie-Britannique	416	2 103	19,8	(18,1-21,5)	9 273	41 584	22,3	(21,9-22,7)
Yukon	1	14	7,1	(0,2-33,9)	55	417	13,2	(10,1-16,8)
Territoires du Nord-Ouest	9	38	23,7	(11,4-40,2)	325	1 128	28,8	(26,2-31,6)
CANADA*	**1 841**	**14 217**	**12,9**	**(12,4-13,5)**	**70 161**	**255 035**	**27,5**	**(27,3-27,7)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3 1 **Nombre de décès maternels et ratios de mortalité maternelle (RMM), selon les causes directes et indirectes,** *Canada, pour des intervalles de cinq ans, 1973-1977 à 1993-1997*

	Nombre de décès maternels			Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes		
Interv. 5 ans	Causes directes	Causes indirectes	Total	Nombre de nais. viv. dans l'interv.	Causes directes	Causes indirectes
1973-1977	141	N/A*	141	1 715 649	8,2	8,2
1978-1982	98	10	108	1 790 281	6,0	5,5
1983-1987	69	4	73	1 827 244	4,0	3,8
1988-1992	71	4	75	1 953 259	3,8	3,6
1993-1997	75	8	83	1 866 315	4,4	3,4

Sources : voir le chapitre 3, à la page 43-44, les références 3 à 10.

* Une première définition des décès par cause obstétricale indirecte est parue dans la Neuvième révision du système de la CIM, et les décès classés parmi les décès maternels par cause indirecte ont d'abord été inclus dans les tabulations de cause du décès au Canada en 1980.

Tableau E3.2 Taux d'avortement provoqué et nombres et ratios, *Canada, 1990-1997*

Année	Nombre d'avort. provoqués*	Nombre de nais. vivantes	Femmes âgées de 15-44 ans	Avort. prov. (IC 95 %) pour 100 nais. vivantes		Avort. prov. (IC 95 %) pour 1 000 femmes de 15-44 ans	
1990	92 901	405 486	6 543 751	22,9	(22,8-23,0)	14,0	(14,1-14,3)
1991	95 059	402 528	6 717 442	23,6	(23,5-23,7)	14,2	(14,1-14,2)
1992	102 085	398 636	6 727 276	25,6	(25,5-25,7)	15,2	(15,1-15,3)
1993	104 403	388 386	6 736 358	26,9	(26,7-27,0)	15,5	(15,4-15,6)
1994	106 255	385 108	6 756 678	27,6	(27,4-27,7)	15,7	(15,6-15,8)
1995	108 248	378 008	6 782 196	28,2	(28,5-28,8)	16,0	(15,9-16,1)
1996	111 659	366 198	6 809 887	30,5	(30,3-30,6)	16,4	(16,3-16,5)
1997	114 848	348 587	6 838 788	32,9	(32,8-33,1)	16,8	(16,7-16,9)

Sources : Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995.*
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1990-1997.
Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1990-1997.

* Comprend les avortements provoqués chez les femmes âgées de moins de 15 ans et de plus de 44 ans dans les hôpitaux et les cliniques ainsi qu'aux États-Unis.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.3 Taux d'avortement provoqué et nombres et ratios, par province/territoire, *Canada*, 1997*

Province/Territoire	Nombre d'avort. provoqués*	Nombre de nais. vivantes	Femmes de 15-44 ans	Avort. prov. (IC 95 %) pour 100 nais. vivantes		Avort. prov. (IC 95 %) pour 1 000 femmes 15-44 ans	
Terre-Neuve	838	5 416	132 252	15,5	(14,5-16,5)	6,3	(5,9-6,8)
Île-du-Prince-Édouard	151	1 591	30 165	9,5	(8,1-11,0)	5,0	(4,2-5,9)
Nouvelle-Écosse	2 045	9 952	212 088	20,5	(19,8-21,4)	9,6	(9,2-10,1)
Nouveau-Brunswick	1 113	7 922	171 780	14,0	(13,3-14,8)	6,5	(6,1-6,9)
Québec	28 186	79 772	1 648 490	35,3	(35,0-35,7)	17,1	(16,9-17,3)
Ontario	47 174	132 997	2 574 867	35,5	(35,2-35,7)	18,3	(18,2-18,5)
Manitoba	3 626	14 655	247 916	24,7	(24,0-25,4)	14,6	(14,2-15,1)
Saskatchewan	1 996	12 859	219 790	15,5	(14,9-16,2)	9,1	(8,7-9,5)
Alberta	10 337	36 905	672 011	28,0	(27,6-28,5)	15,4	(15,1-15,7)
Colombie-Britannique	15 583	44 576	904 811	35,0	(34,5-35,4)	17,2	(17,0-17,5)
Yukon	121	474	8 130	25,5	(21,7-29,7)	14,9	(12,4-17,8)
Territoires du Nord-Ouest	317	1 468	16 488	21,6	(19,5-23,8)	19,2	(17,2-21,4)
CANADA*	**114 848**	**348 587**	**6 838 788**	**32,9**	**(32,8-33,1)**	**16,8**	**(16,7-16,9)**

Sources : Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
Statistique Canada, *Naissances et décès, 1997 (tableaux standards).*

* Comprend les avortements provoqués chez les femmes âgées de moins de 15 ans et de plus de 44 ans dans les hôpitaux et les cliniques ainsi qu'aux États-Unis.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E2.14 **Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Poids à la naissance 1 000-2 499 g				Poids à la naissance ≥ 2 500 g			
	Nombre de nouveau-nés — séjour < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital	(I.C. 95 %)	Nombre de nouveau-nés — séjour < 2 jours	Nombre de naissances vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés — séjours < 2 jours pour 100 nais. viv. à l'hôpital	(IC 95 %)
Terre-Neuve	39	288	13,5	(9,8-18,0)	364	5 020	7,3	(6,5-8,0)
Île-du-Prince-Édouard	7	59	11,9	(4,9-22,9)	21	1 432	1,5	(0,9-2,2)
Nouvelle-Écosse	33	545	6,1	(4,2-8,4)	1 655	9 310	17,8	(17,0-18,6)
Nouveau-Brunswick	12	396	3,0	(1,6-5,2)	294	7 627	3,9	(3,4-4,3)
Ontario	914	7 356	12,4	(11,7-13,2)	40 159	129 102	31,1	(30,9-31,4)
Manitoba	37	698	5,3	(3,8-7,2)	1 771	13 216	13,4	(12,8-14,0)
Saskatchewan	43	589	7,3	(5,3-9,7)	1 441	11 837	12,2	(11,6-12,8)
Alberta	330	2 131	15,5	(14,0-17,1)	14 803	34 362	43,1	(42,6-43,6)
Colombie-Britannique	416	2 103	19,8	(18,1-21,5)	9 273	41 584	22,3	(21,9-22,7)
Yukon	1	14	7,1	(0,2-33,9)	55	417	13,2	(10,1-16,8)
Territoires du Nord-Ouest	9	38	23,7	(11,4-40,2)	325	1 128	28,8	(26,2-31,6)
CANADA*	**1 841**	**14 217**	**12,9**	**(12,4-13,5)**	**70 161**	**255 035**	**27,5**	**(27,3-27,7)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients. 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database. 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.1 **Nombre de décès maternels et ratios de mortalité maternelle (RMM), selon les causes directes et indirectes,** *Canada, pour des intervalles de cinq ans, 1973-1977 à 1993-1997*

	Nombre de décès maternels			Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes		
Interv 5 ans	Causes directes	Causes indirectes	Total	Nombre de nais. viv. dans l'interv.	Causes directes	Causes indirectes
1973-1977	141	N/A*	141	1 715 649	8,2	8,2
1978-1982	98	10	108	1 790 281	6,0	5,5
1983-1987	69	4	73	1 827 244	4,0	3,8
1988-1992	71	4	75	1 953 259	3,8	3,6
1993-1997	75	8	83	1 866 315	4,4	3,4

Sources : voir le chapitre 3, à la page 43-44, les références 3 à 10.

* Une première définition des décès par cause obstétricale indirecte est parue dans la Neuvième révision du système de la CIM, et les décès classés parmi les décès maternels par cause indirecte ont d'abord été inclus dans les tabulations de cause du décès au Canada en 1980.

Tableau E3.2 **Taux d'avortement provoqué et nombres et ratios,** *Canada, 1990-1997*

Année	Nombre d'avort. provoqués*	Nombre de nais. vivantes	Femmes âgées de 15-44 ans	Avort. prov. (IC 95 %) pour 100 nais. vivantes		Avort. prov. (IC 95 %) pour 1 000 femmes de 15-44 ans	
1990	92 901	405 486	6 543 751	22.9	(22.8-23.0)	14.0	(14.1-14.3)
1991	95 059	402 528	6 717 442	23.6	(23.5-23.7)	14.2	(14.1-14.2)
1992	102 085	398 636	6 727 276	25.6	(25.5-25.7)	15.2	(15.1-15.3)
1993	104 403	388 386	6 736 358	26.9	(26.7-27.0)	15.5	(15.4-15.6)
1994	106 255	385 108	6 756 678	27.6	(27.4-27.7)	15.7	(15.6-15.8)
1995	108 248	378 008	6 782 196	28.2	(28.5-28.8)	16.0	(15.9-16.1)
1996	111 659	366 198	6 809 887	30.5	(30.3-30.6)	16.4	(16.3-16.5)
1997	114 848	348 587	6 838 788	32.9	(32.8-33.1)	16.8	(16.7-16.9)

Sources : Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*.
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1990-1997.
Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Estimations de la population féminine canadienne, 1990-1997.

* Comprend les avortements provoqués chez les femmes âgées de moins de 15 ans et de plus de 44 ans dans les hôpitaux et les cliniques ainsi qu'aux États-Unis.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.3 **Taux d'avortement provoqué et nombres et ratios, par province/territoire,** *Canada*, 1997*

Province/Territoire	Nombre d'avort. provoqués*	Nombre de nais. vivantes	Femmes de 15-44 ans	Avort. prov. (IC 95 %) pour 100 nais. vivantes		Avort. prov. (IC 95 %) pour 1 000 femmes 15-44 ans	
Terre-Neuve	838	5 416	132 252	15.5	(14.5-16.5)	6.3	(5.9-6.8)
Île-du-Prince-Édouard	151	1 591	30 165	9.5	(8.1-11.0)	5.0	(4.2-5.9)
Nouvelle-Écosse	2 045	9 952	212 088	20.5	(19.8-21.4)	9.6	(9.2-10.1)
Nouveau-Brunswick	1 113	7 922	171 780	14.0	(13.3-14.8)	6.5	(6.1-6.9)
Québec	28 186	79 772	1 648 490	35.3	(35.0-35.7)	17.1	(16.9-17.3)
Ontario	47 174	132 997	2 574 867	35.5	(35.2-35.7)	18.3	(18.2-18.5)
Manitoba	3 626	14 655	247 916	24.7	(24.0-25.4)	14.6	(14.2-15.1)
Saskatchewan	1 996	12 859	219 790	15.5	(14.9-16.2)	9.1	(8.7-9.5)
Alberta	10 337	36 905	672 011	28.0	(27.6-28.5)	15.4	(15.1-15.7)
Colombie-Britannique	15 583	44 576	904 811	35.0	(34.5-35.4)	17.2	(17.0-17.5)
Yukon	121	474	8 130	25.5	(21.7-29.7)	14.9	(12.4-17.8)
Territoires du Nord-Ouest	317	1 468	16 488	21.6	(19.5-23.8)	19.2	(17.2-21.4)
CANADA*	**114 848**	**348 587**	**6 838 788**	**32.9**	**(32.8-33.1)**	**16.8**	**(16.7-16.9)**

Sources : Statistique Canada, *Le Quotidien* : le vendredi 7 avril 2000.
Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
Statistique Canada, *Naissances et décès, 1997 (tableaux standards)*.

* Comprend les avortements provoqués chez les femmes âgées de moins de 15 ans et de plus de 44 ans dans les hôpitaux et les cliniques ainsi qu'aux États-Unis.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.4 **Taux d'avortement provoqué selon l'âge et nombres,** *Canada*, 1997*

Âge	Nombre d'avort. prov.	Nombre de femmes†	Avort. prov. (IC 95 %) pour 1 000 femmes	
Âge inconnu	3 547	—	—	—
< 15 ans**	519	196 530	2,6	(2,4-2,9)
15-19	21 204	987 083	21,5	(21,2-21,8)
20-24	33 640	992 280	33,9	(33,5-34,3)
25-29	23 963	1 061 261	22,6	(22,3-22,9)
30-34	17 422	1 243 426	14,0	(13,8-14,2)
35-39	10 975	1 323 672	8,3	(8,1-8,4)
40-44***	3 578	1 228 711	2,9	(2,8-3,0)
Tous les âges*	**114 848**	**6 836 433**	**16,8**	**(16,7-16,9)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Enquête sur l'avortement thérapeutique, 1997. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, mars 2000.

* Comprend les avortements pratiqués dans les hôpitaux, les cliniques et aux États-Unis. Comprend également les avortements pratiqués chez les femmes de plus de 44 ans. Les totaux incluent les cas dont l'âge n'est pas précisé. Les totaux incluent 293 avortements pratiqués chez des Canadiennes aux États-Unis.

** Les taux sont basés sur les femmes âgées de 14 ans.

*** Comprend les avortements provoqués chez les femmes de plus de 44 ans à la fin de la grossesse. Les taux sont basés sur la population féminine âgée de 40 à 44 ans.

† Les données sur la population diffèrent de celles des autres tables parce qu'elles proviennent de l'Enquête sur l'avortement thérapeutique de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1997.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.5 **Taux de grossesse ectopique et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de gross. ectopiques	Nombre de gross. déclarées**	Gross. ectopiques pour 1 000 gross. déclarées
1989-1990	5 732	295 563	19,4
1990-1991	6 003	302 983	19,8
1991-1992	5 866	301 110	19,5
1992-1993	5 913	294 412	20,1
1993-1994	5 536	286 651	19,3
1994-1995	5 336	284 792	18,7
1995-1996	5 057	278 231	18,2
1996-1997	4 717	265 358	17,8
1997-1998	4 315	257 480	16,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

Tableau E3.6 **Taux de grossesse ectopique et nombres, par province/territoire,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de gross. ectopiques	Nombre de gross. déclarées**	Gross. ectopiques (IC 95 %) pour 1 000 gross. déclarées	
Terre-Neuve	96	5 706	16,8	(13,6-20,5)
Île-du-Prince-Édouard	19	1 546	12,3	(7,4-19,1)
Nouvelle-Écosse	123	10 090	12,2	(10,1-14,5)
Nouveau-Brunswick	123	8 414	14,6	(12,2-17,4)
Ontario	2 213	141 614	15,6	(15,0-16,3)
Manitoba	342	20 576	16,6	(14,9-18,5)
Saskatchewan	217	13 112	16,5	(14,4-18,9)
Alberta	746	39 187	19,0	(17,7-20,4)
Colombie-Britannique	849	46 149	18,4	(17,2-19,7)
Yukon	18	474	38,0	(22,7-59,4)
Territoires du Nord-Ouest	34	1 278	26,6	(18,5-37,0)
CANADA*	**4 780**	**288 146**	**16,6**	**(16,1-17,1)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

** Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques chez toutes les femmes.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.7 **Taux de grossesse ectopique et nombres, selon l'âge de la mère,**
Canada (à l'exception du Québec), 1997-1998*

Âge	Nombre de gross. ectopiques	Nombre de gross. déclarées**	Gross. ectopiques (IC 95 %) pour 1 000 gross. déclarées	
15-19 ans	234	18 775	12,5	(10,9-14,2)
20-24 ans	716	52 932	13,5	(12,6-14,5)
25-29 ans	1 287	88 126	14,6	(13,8-15,4)
30-34 ans	1 474	85 238	17,3	(16,4-18,2)
35-39 ans	862	36 864	23,4	(21,9-25,0)
40-44 ans	195	5 934	32,9	(28,5-37,7)
45-49 ans	12	216	55,6	(29,0-95,0)
Total (15-49 ans)	**4 780**	**288 085**	**16,6**	**(16,1-17,1)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

** Les grossesses déclarées comprennent uniquement les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques chez les femmes de 15 à 49 ans.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.4 Taux d'avortement provoqué selon l'âge et nombres, *Canada*, 1997*

Âge	Nombre d'avort. prov.	Nombre de femmes†	Avort. prov. (IC 95 %) pour 1 000 femmes	
Âge inconnu	3 547	—	—	—
< 15 ans**	519	196 530	2,6	(2,4-2,9)
15-19	21 204	987 083	21,5	(21,2-21,8)
20-24	33 640	992 280	33,9	(33,5-34,3)
25-29	23 963	1 061 261	22,6	(22,3-22,9)
30-34	17 422	1 243 426	14,0	(13,8-14,2)
35-39	10 975	1 323 672	8,3	(8,1-8,4)
40-44***	3 578	1 228 711	2,9	(2,8-3,0)
Tous les âges*	114 848	6 836 433	16,8	(16,7-16,9)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Enquête sur l'avortement thérapeutique, 1997. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, mars 2000.

* Comprend les avortements pratiqués dans les hôpitaux, les cliniques et aux États-Unis. Comprend également les avortements pratiqués chez les femmes de plus de 44 ans. Les totaux incluent les cas dont l'âge n'est pas précisé. Les totaux incluent 293 avortements pratiqués chez des Canadiennes aux États-Unis.

** Les taux sont basés sur les femmes âgées de 14 ans.

*** Comprend les avortements provoqués chez les femmes de plus de 44 ans à la fin de la grossesse. Les taux sont basés sur la population féminine âgée de 40 à 44 ans.

† Les données sur la population diffèrent de celles des autres tables parce qu'elles proviennent de l'Enquête sur l'avortement thérapeutique de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1997.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.5 Taux de grossesse ectopique et nombres, *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de gross. ectopiques	Nombre de gross. déclarées**	Gross. ectopiques pour 1 000 gross. déclarées
1989-1990	5 732	295 563	19,4
1990-1991	6 003	302 983	19,8
1991-1992	5 866	301 110	19,5
1992-1993	5 913	294 412	20,1
1993-1994	5 536	286 651	19,3
1994-1995	5 336	284 792	18,7
1995-1996	5 067	278 231	18,2
1996-1997	4 717	265 358	17,8
1997-1998	4 315	257 480	16,8

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques.

Tableau E3.6 Taux de grossesse ectopique et nombres, par province/territoire, *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de gross. ectopiques	Nombre de gross. déclarées**	Gross. ectopiques (IC 95 %) pour 1 000 gross. déclarées	
Terre-Neuve	96	5 706	16,8	(13,6-20,5)
Île-du-Prince-Édouard	19	1 546	12,3	(7,4-19,1)
Nouvelle-Écosse	123	10 090	12,2	(10,1-14,5)
Nouveau-Brunswick	123	8 414	14,6	(12,2-17,4)
Ontario	2 213	141 614	15,6	(15,0-16,3)
Manitoba	342	20 576	16,6	(14,9-18,5)
Saskatchewan	217	13 112	16,5	(14,4-18,9)
Alberta	746	39 187	19,0	(17,7-20,4)
Colombie-Britannique	849	46 149	18,4	(17,2-19,7)
Yukon	18	474	38,0	(22,7-59,4)
Territoires du Nord-Ouest	34	1 278	26,6	(18,5-37,0)
CANADA*	**4 780**	**288 146**	**16,6**	**(16,1-17,1)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

** Les grossesses déclarées comprennent les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques chez toutes les femmes.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.7 Taux de grossesse ectopique et nombres, selon l'âge de la mère, *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997-1998*

Âge	Nombre de gross. ectopiques	Nombre de gross. déclarées**	Gross. ectopiques (IC 95 %) pour 1 000 gross. déclarées	
15-19 ans	234	18 775	12,5	(10,9-14,2)
20-24 ans	716	52 932	13,5	(12,6-14,5)
25-29 ans	1 287	88 126	14,6	(13,8-15,4)
30-34 ans	1 474	85 238	17,3	(16,4-18,2)
35-39 ans	862	36 864	23,4	(21,9-25,0)
40-44 ans	195	5 934	32,9	(28,5-37,7)
45-49 ans	12	216	55,6	(29,0-95,0)
Total (15-49 ans)	**4 780**	**288 085**	**16,6**	**(16,1-17,1)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

** Les grossesses déclarées comprennent uniquement les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques chez les femmes de 15 à 49 ans.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.8 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement et nombres*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1990-1991 à 1997-1998*

Année	Accouchement vaginal			Accouchement par césarienne		
	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. à l'hôpital	Réadmissions pour 100 accouch. à l'hôpital	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. par ces. à l'hôpital	Réadmissions pour 100 accouch. à l'hôpital
1990-1991	5 055	199 710	2,5	1 526	48 367	3,2
1991-1992	5 068	201 839	2,5	1 581	46 870	3,4
1992-1993	5 595	206 752	2,7	1 607	46 781	3,4
1993-1994	5 490	206 248	2,7	1 691	46 157	3,7
1994-1995	5 578	207 678	2,7	1 752	45 271	3,9
1995-1996	5 219	203 084	2,6	1 758	44 394	4,0
1996-1997	4 880	194 288	2,5	1 664	44 514	3,7
1997-1998	4 672	191 390	2,4	1 747	44 888	3,9

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1990-1991 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E3.9 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement (accouchement par voie vaginale)* et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Réadmissions (IC 95 %) pour 100 accouch. à l'hôpital	
Terre-Neuve	470	12 677	3,7	(3,4-4,1)
Île-du-Prince-Édouard	73	3 728	2,0	(1,5-2,5)
Nouvelle-Écosse	590	22 348	2,7	(2,4-2,9)
Nouveau-Brunswick	575	18 855	3,1	(2,8-3,3)
Ontario	6 782	333 454	2,0	(2,0-2,1)
Manitoba	1 386	40 946	2,6	(3,2-3,6)
Saskatchewan	530	21 944	2,5	(2,2-2,6)
Alberta	3 373	90 673	3,7	(3,6-3,8)
Colombie-Britannique	2 777	104 349	2,7	(2,6-2,8)
Territoires du Nord-Ouest	127	3 251	4,0	(3,3-4,6)
CANADA**	**16 683**	**652 225**	**2,6**	**(2,5-2,6)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.10 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement (accouchement par césarienne)* et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. à l'hôpital	Réadmissions (IC 95 %) pour 100 accouch. à l'hôpital	
Terre-Neuve	174	3 533	4,9	(4,2-5,7)
Île-du-Prince-Édouard	42	996	4,2	(3,1-5,7)
Nouvelle-Écosse	260	5 244	5,0	(4,4-5,6)
Nouveau-Brunswick	267	5 019	5,3	(4,7-6,0)
Ontario	2 418	74 630	3,3	(3,1-3,4)
Manitoba	306	7 990	3,8	(3,4-4,3)
Saskatchewan	160	4 302	3,9	(3,2-4,3)
Alberta	942	17 229	5,5	(5,1-5,8)
Colombie-Britannique	1 081	27 721	4,0	(3,7-4,1)
Territoires du Nord-Ouest	19	381	4,9	(3,0-7,7)
CANADA**	**5 669**	**147 045**	**3,9**	**(3,8-4,0)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.11 **Nombre de réadmissions de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*, selon le diagnostic primaire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Diagnostic primaire à la réadmission (code CIM-9)	Mode de délivrance (nombre)		
	Total	Césarienne	Vaginale
1. Hémorragie du post-partum (666)	3 229	383	2 846
2. Lithiase biliaire (574)	2 948	646	2 302
3. Infection puerpérale grave (670)	2 258	578	1 680
4. Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs (674)	1 601	1 159	442
5. Examen et soins du post-partum (V24)	812	247	565
6. Recours aux services de santé sans plainte liée à une maladie (V65)	786	85	701
7. Infection du sein et du mamelon associée à l'accouchement (675)	692	108	584
8. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	498	130	368
9. Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	522	137	385
10. Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (789)	419	101	318
11. Mesures contraceptives (V25)	337	21	316
12. Autres complications relatives à des interventions, non classées ailleurs (998)	267	137	130
13. Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	250	89	161
14. Autres diagnostics	7 733	1 848	5 885
Total	**22 352**	**5 669**	**16 683**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

Tableau E3.8 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement et nombres*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1990-1991 à 1997-1998*

Année	Accouchement vaginal			Accouchement par césarienne		
	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. à l'hôpital	Réadmissions pour 100 accouch. à l'hôpital	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. par cés. à l'hôpital	Réadmissions pour 100 accouch. à l'hôpital
1990-1991	5 055	199 710	2,5	1 526	48 367	3,2
1991-1992	5 068	201 839	2,5	1 581	46 870	3,4
1992-1993	5 595	206 752	2,7	1 607	46 781	3,4
1993-1994	5 490	206 248	2,7	1 691	46 157	3,7
1994-1995	5 578	207 678	2,7	1 752	45 271	3,9
1995-1996	5 219	203 084	2,6	1 758	44 394	4,0
1996-1997	4 880	194 288	2,5	1 664	44 514	3,7
1997-1998	4 672	191 390	2,4	1 747	44 888	3,9

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1990-1991 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E3.9 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement (accouchement par voie vaginale)* et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. vag. à l'hôpital	Réadmissions (IC 95 %) pour 100 accouch. à l'hôpital	
Terre-Neuve	470	12 677	3,7	(3,4-4,1)
Île-du-Prince-Édouard	73	3 728	2,0	(1,5-2,5)
Nouvelle-Écosse	590	22 348	2,7	(2,4-2,9)
Nouveau-Brunswick	575	18 855	3,1	(2,8-3,3)
Ontario	6 782	333 454	2,0	(2,0-2,1)
Manitoba	1 386	40 946	2,6	(3,2-3,6)
Saskatchewan	530	21 944	2,5	(2,2-2,6)
Alberta	3 373	90 673	3,7	(3,6-3,8)
Colombie-Britannique	2 777	104 349	2,7	(2,6-2,8)
Territoires du Nord-Ouest	127	3 251	4,0	(3,3-4,6)
CANADA**	**16 683**	**652 225**	**2,6**	**(2,5-2,6)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health. Epidemiology Unit. Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.10 **Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement (accouchement par césarienne)* et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de réadmissions	Nombre d'accouch. à l'hôpital	Réadmissions (IC 95 %) pour 100 accouch. à l'hôpital	
Terre-Neuve	174	3 533	4,9	(4,2-5,7)
Île-du-Prince-Édouard	42	996	4,2	(3,1-5,7)
Nouvelle-Écosse	260	5 244	5,0	(4,4-5,6)
Nouveau-Brunswick	267	5 019	5,3	(4,7-6,0)
Ontario	2 418	74 630	3,3	(3,1-3,4)
Manitoba	306	7 990	3,8	(3,4-4,3)
Saskatchewan	160	4 302	3,9	(3,2-4,3)
Alberta	942	17 229	5,5	(5,1-5,8)
Colombie-Britannique	1 081	27 721	4,0	(3,7-4,1)
Territoires du Nord-Ouest	19	381	4,9	(3,0-7,7)
CANADA**	**5 669**	**147 045**	**3,9**	**(3,8-4,0)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E3.11 **Nombre de réadmissions de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après l'accouchement*, selon le diagnostic primaire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1995-1996 à 1997-1998*

Diagnostic primaire à la réadmission (code CIM-9)	Mode de délivrance (nombre)		
	Total	Césarienne	Vaginale
1. Hémorragie du post-partum (666)	3 229	383	2 846
2. Lithiase biliaire (574)	2 948	646	2 302
3. Infection puerpérale grave (670)	2 258	578	1 680
4. Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs (674)	1 601	1 159	442
5. Examen et soins du post-partum (V24)	812	247	565
6. Recours aux services de santé sans plainte liée à une maladie (V65)	786	85	701
7. Infection du sein et du mamelon associée à l'accouchement (675)	692	108	584
8. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	498	130	368
9. Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	522	137	385
10. Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (789)	419	101	318
11. Mesures contraceptives (V25)	337	21	316
12. Autres complications relatives à des interventions, non classées ailleurs (998)	267	137	130
13. Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	250	89	161
14. Autres diagnostics	7 733	1 848	5 885
Total	**22 352**	**5 669**	**16 683**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1995-1996 à 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1995-1996 à 1997-1998.

* Les femmes qui ont été directement transférées dans un autre établissement après l'accouchement et celles dont le séjour initial dépassait 20 jours ont été exclues de l'analyse.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

Tableau E4.1 **Taux de prématurité et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	Nombre de nais. prématurées	Nombre de nais. vivantes**	Nais. prém. pour 100 nais. vivantes
1981	15 292	238 059	6,4
1982	14 961	238 231	6,3
1983	14 689	237 686	6,2
1984	15 146	236 929	6,4
1985	14 199	234 869	6,1
1986	14 097	229 773	6,1
1987	14 310	227 102	6,3
1988	15 342	229 925	6,7
1989	15 321	235 475	6,5
1990	16 129	244 215	6,6
1991	15 956	240 421	6,6
1992	15 877	238 077	6,7
1993	15 262	231 988	6,6
1994	15 655	231 295	6,8
1995	15 707	225 578	7,0
1996	15 439	218 775	7,1
1997	14 773	208 999	7,1

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.
** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

Tableau E4.2 **Taux de prématurité (accouchements simples et multiples) et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

Rang de naissance	Nombre de nais. prématurées	Nombre de nais. vivantes**	Nais. prém. pour 100 nais. vivantes
Accouchement simple	12 391	209 243	5,9
Jumeaux	2 556	4 953	51,6
Triplés ou plus	209	218	95,9
Ensemble des naissances vivantes	15 156	214 414	7,1

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.
** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

Tableau E4.3 **Taux de prématurité et nombres, par province/territoire,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

Province/Territoire	Nombre de nais. prématurées	Nombre de nais. vivantes**	Nais. prém. (IC 95 %) pour 100 nais. vivantes	
Terre-Neuve	401	5 415	7,4	(6,7-8,1)
Île-du-Prince-Édouard	96	1 591	6,0	(4,9-7,3)
Nouvelle-Écosse	728	9 950	7,3	(6,8-7,8)
Nouveau-Brunswick	490	7 922	6,2	(5,7-6,7)
Québec	5 750	78 728	7,3	(7,1-7,5)
Manitoba	1 084	14 648	7,4	(7,0-7,8)
Saskatchewan	872	12 859	6,8	(6,4-7,2)
Alberta	2 663	36 905	7,2	(7,0-7,5)
Colombie-Britannique	2 924	44 460	6,6	(6,3-6,8)
Yukon	29	474	6,1	(4,1-8,7)
Territoires du Nord-Ouest	119	1 462	8,1	(6,8-9,7)
CANADA*	**15 156**	**214 414**	**7,1**	**(7,0-7,2)**

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1997.

* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.

** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.4 **Taux de postmaturité et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*

Année	Nombre de cas de postmaturité	Nombre de nais. totales**	Cas de postmaturité pour 100 nais. totales
1988	10 033	231 231	4,3
1989	11 283	236 901	4,8
1990	11 268	245 596	4,6
1991	10 542	241 838	4,4
1992	8 931	239 451	3,7
1993	8 957	233 234	3,8
1994	7 237	232 560	3,1
1995	5 646	226 874	2,5
1996	4 305	219 946	2,0
1997	3 883	210 196	1,8

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1988-1997.

* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

** À l'exception des naissances vivantes et des mortinaissances d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

Tableau E4.1 **Taux de prématurité et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1981-1997*

Année	Nombre de nais. prématurées	Nombre de nais. vivantes**	Nais. prém. pour 100 nais. vivantes
1981	15 292	238 059	6,4
1982	14 961	238 231	6,3
1983	14 689	237 686	6,2
1984	15 146	236 929	6,4
1985	14 199	234 869	6,1
1986	14 097	229 773	6,1
1987	14 310	227 102	6,3
1988	15 342	229 925	6,7
1989	15 321	235 475	6,5
1990	16 129	244 215	6,6
1991	15 956	240 421	6,6
1992	15 877	238 077	6,7
1993	15 262	231 988	6,6
1994	15 655	231 295	6,8
1995	15 707	225 578	7,0
1996	15 439	218 775	7,1
1997	14 773	208 999	7,1

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1981-1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.
** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

Tableau E4.2 **Taux de prématurité (accouchements simples et multiples) et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

Rang de naissance	Nombre de nais. prématurées	Nombre de nais. vivantes**	Nais. prém. pour 100 nais. vivantes
Accouchement simple	12 391	209 243	5,9
Jumeaux	2 556	4 953	51,6
Triplés ou plus	209	218	95,9
Ensemble des naissances vivantes	15 156	214 414	7,1

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.
** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

Tableau E4.3 **Taux de prématurité et nombres, par province/territoire,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

Province/Territoire	Nombre de nais. prématurées	Nombre de nais. vivantes**	Nais. prem. pour 100 nais. vivantes	(IC 95 %)
Terre-Neuve	401	5 415	7,4	(6,7-8,1)
Île-du-Prince-Édouard	96	1 591	6,0	(4,9-7,3)
Nouvelle-Écosse	728	9 950	7,3	(6,8-7,8)
Nouveau-Brunswick	490	7 922	6,2	(5,7-6,7)
Québec	5 750	78 728	7,3	(7,1-7,5)
Manitoba	1 084	14 648	7,4	(7,0-7,8)
Saskatchewan	872	12 859	6,8	(6,4-7,2)
Alberta	2 663	36 905	7,2	(7,0-7,5)
Colombie-Britannique	2 924	44 460	6,6	(6,3-6,8)
Yukon	29	474	6,1	(4,1-8,7)
Territoires du Nord-Ouest	119	1 462	8,1	(6,8-9,7)
CANADA*	**15 158**	**214 414**	**7,1**	**(7,0-7,2)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.
** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.4 **Taux de postmaturité et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*

Année	Nombre de cas de postmaturité	Nombre de nais. totales**	Cas de postmaturité pour 100 nais. totales
1988	10 033	231 231	4,3
1989	11 263	236 901	4,8
1990	11 268	245 596	4,6
1991	10 542	241 838	4,4
1992	8 931	239 451	3,7
1993	8 957	233 234	3,8
1994	7 237	232 560	3,1
1995	5 646	226 874	2,5
1996	4 305	219 946	2,0
1997	3 883	210 196	1,8

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.
** À l'exception des naissances vivantes et des mortinaissances d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

Tableau E4 5 **Taux de postmaturité et nombres, par province/territoire,**
Canada (à l'exception de l'Ontario), 1997*

Province/Territoire	Nombre de cas de postmaturité	Nais. totales**	Postmaturité (IC 95 %) pour 100 nais. totales	
Terre-Neuve	49	5 446	0,9	(0,7-1,2)
Île-du-Prince-Édouard	50	1 596	3,1	(2,3-4,1)
Nouvelle-Écosse	473	10 018	4,7	(4,3-5,2)
Nouveau-Brunswick	206	7 969	2,6	(2,2-3,0)
Québec	701	79 056	0,9	(0,8-1,0)
Manitoba	456	14 746	3,1	(2,8-3,4)
Saskatchewan	335	12 919	2,6	(2,3-2,9)
Alberta	726	37 151	2,0	(1,8-2,1)
Colombie-Britannique	892	44 785	2,0	(1,9-2,1)
Yukon	24	481	5,0	(3,2-7,3)
Territoires du Nord-Ouest	20	1 475	1,4	(0,8-2,1)
CANADA*	**3 932**	**215 642**	**1,8**	**(1,8-1,9)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.
** À l'exception des naissances vivantes et des mortinaissances d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4 6 **Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtale et nombres,**
Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve), 1988-1997*

Année	Nombre de bébés hypo	Nombre de bébés hyper	Nombre de nais. vivantes**	Bébés hypo pour 100 nais. vivantes	Bébés hyper. pour 100 nais. vivantes
1988	23 123	22 364	228 797	10,1	9,8
1989	23 688	22 448	234 549	10,1	9,6
1990	23 855	24 015	243 303	9,8	9,9
1991	23 047	23 961	239 414	9,6	10,0
1992	21 192	25 324	237 223	8,9	10,7
1993	21 436	23 919	231 229	9,3	10,3
1994	21 022	23 984	231 104	9,1	10,4
1995	20 419	23 292	224 195	9,1	10,4
1996	18 653	24 273	217 681	8,6	11,2
1997	17 895	22 230	207 758	8,6	10,7

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.
** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel et de poids à la naissance inconnus, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

Tableau E4 7 **Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtale et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)*, 1997*

Province Territoire	Nombre de bébés hypo	Nombre de bébés hyper	Nombre de nais. vivantes**	Bébés hypo. (IC 95 %) pour 100 nais. viv.		Bébés hyper. (IC 95 %) pour 100 nais. viv.	
Terre-Neuve	425	763	5 406	7,9	(7,2-8,6)	14,1	(13,2-15,1)
Île-du-Prince-Édouard	125	238	1 585	7,9	(6,6-9,3)	15,0	(13,3-16,9)
Nouvelle-Écosse	866	1 274	9 942	8,7	(8,2-9,3)	12,8	(12,2-13,5)
Nouveau-Brunswick	673	1 019	7 921	8,5	(7,9-9,1)	12,9	(12,1-13,6)
Québec	6 853	7 292	77 520	8,8	(8,6-9,0)	9,4	(9,2-9,6)
Manitoba	1 202	1 940	14 646	8,2	(7,8-8,7)	13,2	(12,7-13,8)
Saskatchewan	1 014	1 522	12 858	7,9	(7,4-8,4)	11,8	(11,3-12,4)
Alberta	3 429	3 751	36 901	9,3	(9,0-9,6)	10,2	(9,9-10,5)
Colombie-Britannique	3 595	4 949	44 453	8,1	(7,8-8,3)	11,1	(10,8-11,4)
Yukon	47	56	474	9,9	(7,4-13,0)	11,8	(9,0-15,1)
Territoires du Nord-Ouest	91	189	1 458	6,2	(5,1-7,6)	13,0	(11,3-14,8)
CANADA*	**18 320**	**22 993**	**213 184**	**8,6**	**(8,5-8,7)**	**10,8**	**(10,7-10,9)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.

** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel et de poids à la naissance inconnus, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4 8 **Taux de mortalité fœtale et nombres*,**
*Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve)**, 1988-1997*

Année	Nombre de morts fœtales	Nais. totales	Nombre de décès pour 1 000 nais. totales
1988	1 128	232 321	4,86
1989	1 252	240 778	5,20
1990	1 213	248 117	4,89
1991	1 189	245 073	4,85
1992	1 152	242 277	4,75
1993	1 112	235 233	4,73
1994	1 122	232 825	4,82
1995	1 080	226 968	4,76
1996	981	221 422	4,43
1997	1 008	211 182	4,77

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

*Les taux de mortalité fœtale sont basés sur toutes les naissances d'enfants à l'exception des enfants dont le poids connu à la naissance était inférieur à 500 g.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.5 **Taux de postmaturité et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)*, 1997*

Province/Territoire	Nombre de cas de postmaturité	Nais. totales**	Postmaturité (IC 95 %) pour 100 nais. totales	
Terre-Neuve	49	5 446	0,9	(0,7-1,2)
Île-du-Prince-Édouard	50	1 596	3,1	(2,3-4,1)
Nouvelle-Écosse	473	10 018	4,7	(4,3-5,2)
Nouveau-Brunswick	206	7 969	2,6	(2,2-3,0)
Québec	701	79 056	0,9	(0,8-1,0)
Manitoba	456	14 746	3,1	(2,8-3,4)
Saskatchewan	335	12 919	2,6	(2,3-2,9)
Alberta	726	37 151	2,0	(1,8-2,1)
Colombie-Britannique	892	44 785	2,0	(1,9-2,1)
Yukon	24	481	5,0	(3,2-7,3)
Territoires du Nord-Ouest	20	1 475	1,4	(0,8-2,1)
CANADA*	**3 932**	**215 642**	**1,8**	**(1,8-1,9)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.

** À l'exception des naissances vivantes et des mortinaissances d'âge gestationnel inconnu ou inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.6 **Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtale et nombres,** *Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve)*, 1988-1997*

Année	Nombre de bébés hypo.	Nombre de bébés hyper.	Nombre de nais. vivantes**	Bébés hypo. pour 100 nais. vivantes	Bébés hyper. pour 100 nais. vivantes
1988	23 123	22 364	228 797	10,1	9,8
1989	23 698	22 448	234 549	10,1	9,6
1990	23 855	24 015	243 303	9,8	9,9
1991	23 047	23 961	239 414	9,6	10,0
1992	21 192	25 324	237 223	8,9	10,7
1993	21 436	23 919	231 229	9,3	10,3
1994	21 022	23 984	231 104	9,1	10,4
1995	20 419	23 292	224 195	9,1	10,4
1996	18 653	24 273	217 681	8,6	11,2
1997	17 895	22 230	207 758	8,6	10,7

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel et de poids à la naissance inconnus, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

Tableau E4.7 **Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie fœtale et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)*, 1997*

Province/Territoire	Nombre de bébés hypo.	Nombre de bébés hyper.	Nombre de nais. vivantes**	Bébés hypo. (IC 95 %) pour 100 nais. viv.		Bébés hyper. (IC 95 %) pour 100 nais. viv.	
Terre-Neuve	425	763	5 406	7,9	(7,2-8,6)	14,1	(13,2-15,1)
Île-du-Prince-Édouard	125	238	1 585	7,9	(6,6-9,3)	15,0	(13,3-16,9)
Nouvelle-Écosse	866	1 274	9 942	8,7	(8,2-9,3)	12,8	(12,2-13,5)
Nouveau-Brunswick	673	1 019	7 921	8,5	(7,9-9,1)	12,9	(12,1-13,6)
Québec	6 853	7 292	77 520	8,8	(8,6-9,0)	9,4	(9,2-9,6)
Manitoba	1 202	1 940	14 646	8,2	(7,8-8,7)	13,2	(12,7-13,8)
Saskatchewan	1 014	1 522	12 858	7,9	(7,4-8,4)	11,8	(11,3-12,4)
Alberta	3 429	3 751	36 901	9,3	(9,0-9,6)	10,2	(9,9-10,5)
Colombie-Britannique	3 595	4 949	44 453	8,1	(7,8-8,3)	11,1	(10,8-11,4)
Yukon	47	56	474	9,9	(7,4-13,0)	11,8	(9,0-15,1)
Territoires du Nord-Ouest	91	189	1 458	6,2	(5,1-7,6)	13,0	(11,3-14,8)
CANADA*	**18 320**	**22 993**	**213 164**	**8,6**	**(8,5-8,7)**	**10,8**	**(10,7-10,9)**

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1997.

* Les données de l'Ontario ont été exclues à cause de problèmes relatifs à leur qualité.

** À l'exception des naissances vivantes d'âge gestationnel et de poids à la naissance inconnus, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.8 **Taux de mortalité fœtale et nombres*,**
*Canada (à l'exception de l'Ontario et de Terre-Neuve)**, 1988-1997*

Année	Nombre de morts fœtales	Nais. totales	Nombre de décès pour 1 000 nais. totales
1988	1 128	232 321	4,86
1989	1 252	240 778	5,20
1990	1 213	248 117	4,89
1991	1 189	245 073	4,85
1992	1 152	242 277	4,75
1993	1 112	235 233	4,73
1994	1 122	232 825	4,82
1995	1 080	226 968	4,76
1996	981	221 422	4,43
1997	1 008	211 182	4,77

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1988-1997.

*Les taux de mortalité fœtale sont basés sur toutes les naissances d'enfants à l'exception des enfants dont le poids connu à la naissance était inférieur à 500 g.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données. Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.9 **Taux de mortalité fœtale et nombres*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)***, 1997*

Province/Territoire	Nombre de morts fœtales	Nombre de nais. totales	Décès fœtals (IC 95 %) pour 1 000 nais. totales	
Terre-Neuve	29	5 445	5,3	(3,6-7,6)
Île-du-Prince-Édouard	4	1 595	2,5	(0,7-6,4)
Nouvelle-Écosse	56	10 008	5,6	(4,2-7,3)
Nouveau-Brunswick	34	7 956	4,3	(3,0-6,0)
Québec	340	80 112	4,2	(3,8-4,7)
Manitoba	62	14 717	4,2	(3,2-5,4)
Saskatchewan	58	12 917	4,5	(3,4-5,8)
Alberta	179	37 084	4,8	(4,1-5,6)
Colombie-Britannique	257	44 833	5,7	(5,1-6,5)
Yukon	6	480	12,5	(4,6-27,0)
Territoires du Nord-Ouest	12	1 480	8,1	(4,2-14,1)
CANADA**	**1 037**	**216 627**	**4,8**	**(4,5-5,1)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* Les taux de mortalité fœtale se fondent sur l'ensemble des naissances d'enfants à l'exception d'enfants pesant moins de 500 g à la naissance.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.10 **Taux de mortalité néonatale (0-27 jours) et nombres,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1988-1997*

Année	Nombre de morts néonatales	Nombre de nais. vivantes	Décès pour 1 000 nais. viv.
1988	1 718	369 247	4,65
1989	1 827	384 823	4,75
1990	1 822	397 811	4,58
1991	1 605	395 362	4,06
1992	1 540	391 718	3,93
1993	1 577	381 964	4,13
1994	1 598	378 767	4,22
1995	1 550	372 149	4,16
1996	1 409	360 450	3,91
1997	1 336	343 171	3,89

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.11 **Taux de mortalité néonatale (0-27 jours) et nombres, par province/territoire,** *Canada, 1997*

Province/Territoire	Nombre de morts néonatales	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
Terre-Neuve	22	5 416	4,1	(2,5-6,1)
Île-du-Prince-Édouard	4	1 591	2,5	(0,7-6,4)
Nouvelle-Écosse	34	9 952	3,4	(2,4-4,8)
Nouveau-Brunswick	30	7 922	3,8	(2,6-5,4)
Québec	311	79 772	3,9	(3,5-4,4)
Ontario	518	132 997	3,9	(3,6-4,2)
Manitoba	71	14 655	4,8	(3,8-6,1)
Saskatchewan	77	12 859	6,0	(4,7-7,5)
Alberta	128	36 905	3,5	(2,9-4,1)
Colombie-Britannique	151	44 576	3,4	(2,9-4,0)
Yukon	2	474	4,2	(0,5-15,2)
Territoires du Nord-Ouest	10	1 468	6,8	(3,3-12,5)
CANADA	**1 358**	**348 587**	**3,9**	**(3,7-4,1)**

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.12 **Taux de mortalité postnéonatale (28-364 jours) et nombres,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1988-1997*

Année	Nombre de morts postnéonatales	Nombre de naiss. vivantes ≥ 28 jours	Décès pour 1 000 nais. vivantes chez les nourrissons de ≥ 28 jours
1988	985	367 529	2,68
1989	967	382 996	2,52
1990	874	395 989	2,21
1991	912	393 757	2,32
1992	841	390 178	2,16
1993	819	380 388	2,15
1994	768	377 171	2,04
1995	725	370 599	1,96
1996	604	359 042	1,68
1997	563	341 835	1,65

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil. 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4 9 **Taux de mortalité fœtale et nombres*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1997*

Province/Territoire	Nombre de morts fœtales	Nombre de nais. totales	Décès fœtals (IC 95 %) pour 1 000 nais. totales	
Terre-Neuve	29	5 445	5,3	(3,6-7,6)
Île-du-Prince-Édouard	4	1 595	2,5	(0,7-6,4)
Nouvelle-Écosse	56	10 008	5,6	(4,2-7,3)
Nouveau-Brunswick	34	7 956	4,3	(3,0-6,0)
Québec	340	80 112	4,2	(3,8-4,7)
Manitoba	62	14 717	4,2	(3,2-5,4)
Saskatchewan	58	12 917	4,5	(3,4-5,8)
Alberta	179	37 084	4,8	(4,1-5,6)
Colombie-Britannique	257	44 833	5,7	(5,1-6,5)
Yukon	6	480	12,5	(4,6-27,0)
Territoires du Nord-Ouest	12	1 480	8,1	(4,2-14,1)
CANADA**	**1 037**	**216 627**	**4,8**	**(4,5-5,1)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.

* Les taux de mortalité fœtale se fondent sur l'ensemble des naissances d'enfants à l'exception d'enfants pesant moins de 500 g à la naissance.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4 10 **Taux de mortalité néonatale (0-27 jours) et nombres,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1988-1997*

Année	Nombre de morts néonatales	Nombre de nais. vivantes	Décès pour 1 000 nais. viv.
1988	1 718	369 247	4,65
1989	1 827	384 823	4,75
1990	1 822	397 811	4,58
1991	1 605	395 362	4,06
1992	1 540	391 718	3,93
1993	1 577	381 964	4,13
1994	1 598	378 767	4,22
1995	1 550	372 149	4,16
1996	1 409	360 450	3,91
1997	1 336	343 171	3,89

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.

* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.11 **Taux de mortalité néonatale (0-27 jours) et nombres, par province/territoire,** *Canada, 1997*

Province/Territoire	Nombre de morts néonatales	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
Terre-Neuve	22	5 416	4,1	(2,5-6,1)
Île-du-Prince-Édouard	4	1 591	2,5	(0,7-6,4)
Nouvelle-Écosse	34	9 952	3,4	(2,4-4,8)
Nouveau-Brunswick	30	7 922	3,8	(2,6-5,4)
Québec	311	79 772	3,9	(3,5-4,4)
Ontario	518	132 997	3,9	(3,6-4,2)
Manitoba	71	14 655	4,8	(3,8-6,1)
Saskatchewan	77	12 859	6,0	(4,7-7,5)
Alberta	128	36 905	3,5	(2,9-4,1)
Colombie-Britannique	151	44 576	3,4	(2,9-4,0)
Yukon	2	474	4,2	(0,5-15,2)
Territoires du Nord-Ouest	10	1 468	6,8	(3,3-12,5)
CANADA	**1 358**	**348 587**	**3,9**	**(3,7-4,1)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.12 **Taux de mortalité postnéonatale (28-364 jours) et nombres,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1988-1997*

Année	Nombre de morts postnéonatales	Nombre de naiss. vivantes 28 jours	Décès pour 1 000 nais. vivantes chez les nourrissons de 28 jours
1988	985	367 529	2,68
1989	967	382 996	2,52
1990	874	395 989	2,21
1991	912	393 757	2,32
1992	841	390 178	2,16
1993	819	380 388	2,15
1994	768	377 171	2,04
1995	725	370 599	1,96
1996	604	359 042	1,68
1997	563	341 835	1,65

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.13 **Taux de mortalité postnéonatale (28-364 jours) et nombres, par province/territoire,** *Canada, 1997*

Province/Territoire	Nombre de morts postneonatales	Nombre de nais. vivantes 28 jours	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes chez les nourrissons de 28 jours	
Terre-Neuve	6	5 394	1,1	(0,4-2,4)
Île-du-Prince-Édouard	3	1 587	1,9	(0,4-5,5)
Nouvelle-Écosse	10	9 918	1,0	(0,5-1,8)
Nouveau-Brunswick	15	7 892	1,9	(1,1-3,1)
Québec	132	79 461	1,7	(1,4-2,0)
Ontario	210	132 479	1,6	(1,4-1,8)
Manitoba	39	14 584	2,7	(1,9-3,6)
Saskatchewan	37	12 782	2,9	(2,0-4,0)
Alberta	50	36 777	1,4	(1,0-1,8)
Colombie-Britannique	59	44 425	1,3	(1,0-1,7)
Yukon	2	472	4,2	(0,5-15,2)
Territoires du Nord-Ouest	6	1 458	4,1	(1,5-8,9)
CANADA	**569**	**347 229**	**1,6**	**(1,5-1,8)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.14 **Taux de mortalité infantile et nombres,** *Canada (à l'exception de Terre-Neuve)*, 1988-1997*

Année	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès pour 1 000 nais. vivantes
1988	2 703	369 247	7,32
1989	2 794	384 823	7,26
1990	2 696	397 811	6,78
1991	2 517	395 362	6,37
1992	2 381	391 718	6,08
1993	2 396	381 964	6,27
1994	2 366	378 767	6,25
1995	2 275	372 149	6,11
1996	2 013	360 450	5,58
1997	1 899	343 171	5,53

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.15 **Taux de mortalité infantile et nombres, par province/territoire,** *Canada, 1997*

Province/Territoire	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
Terre-Neuve	28	5 416	5,2	(3,4-7,5)
Île-du-Prince-Édouard	7	1 591	4,4	(1,8-9,0)
Nouvelle-Écosse	44	9 952	4,4	(3,2-5,9)
Nouveau-Brunswick	45	7 922	5,7	(4,1-7,6)
Québec	443	79 772	5,6	(5,0-6,1)
Ontario	728	132 997	5,5	(5,1-5,9)
Manitoba	110	14 655	7,5	(6,2-9,0)
Saskatchewan	114	12 859	8,9	(7,3-10,6)
Alberta	178	36 905	4,8	(4,1-5,6)
Colombie-Britannique	210	44 576	4,7	(4,1-5,4)
Yukon	4	474	8,4	(2,3-21,5)
Territoires du Nord-Ouest	16	1 468	10,9	(6,2-17,6)
CANADA	**1 927**	**348 587**	**5,5**	**(5,3-5,8)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.16 **Taux de mortalité infantile*, selon l'âge gestationnel,** *Canada (à l'exception l'Ontario)**, 1994-1996*

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
< 22	292	298	979,9	(956,7-992,6)
22-23	474	518	915,1	(887,6-937,6)
24-25	437	869	502,9	(469,1-536,6)
26-27	241	1 085	222,1	(197,7-248,0)
28-31	333	4 314	77,2	(69,4-85,6)
32-33	172	5 530	31,1	(26,7-36,0)
34-36	439	35 511	12,4	(11,2-13,6)
37-41	1 635	628 056	2,6	(2,5-2,7)
≥ 42	51	17 492	2,9	(2,2-3,8)
Âge gestationnel inconnu	18	2 389	7,5	(4,5-11,9)
Non couplé	64	—	—	—
Tous les âges gestationnels	4 156	696 062	6,0	(5,8-6,2)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1994-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.13 **Taux de mortalité postnéonatale (28-364 jours) et nombres, par province/territoire,** *Canada, 1997*

Province/Territoire	Nombre de morts postnéonatales	Nombre de nais. vivantes ≥ 28 jours	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes chez les nourrissons de ≥ 28 jours	
Terre-Neuve	6	5 394	1,1	(0,4-2,4)
Île-du-Prince-Édouard	3	1 587	1,9	(0,4-5,5)
Nouvelle-Écosse	10	9 918	1,0	(0,5-1,8)
Nouveau-Brunswick	15	7 892	1,9	(1,1-3,1)
Québec	132	79 461	1,7	(1,4-2,0)
Ontario	210	132 479	1,6	(1,4-1,8)
Manitoba	39	14 584	2,7	(1,9-3,6)
Saskatchewan	37	12 782	2,9	(2,0-4,0)
Alberta	50	36 777	1,4	(1,0-1,8)
Colombie-Britannique	59	44 425	1,3	(1,0-1,7)
Yukon	2	472	4,2	(0,5-15,2)
Territoires du Nord-Ouest	6	1 458	4,1	(1,5-8,9)
CANADA	**569**	**347 229**	**1,6**	**(1,5-1,8)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.14 **Taux de mortalité infantile et nombres,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*

Année	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès pour 1 000 nais. vivantes
1988	2 703	369 247	7,32
1989	2 794	384 823	7,26
1990	2 696	397 811	6,78
1991	2 517	395 362	6,37
1992	2 381	391 718	6,08
1993	2 396	381 964	6,27
1994	2 366	378 767	6,25
1995	2 275	372 149	6,11
1996	2 013	360 450	5,58
1997	1 899	343 171	5,53

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991.

Tableau E4.15 **Taux de mortalité infantile et nombres, par province/territoire,** *Canada, 1997*

Province/Territoire	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
Terre-Neuve	28	5 416	5,2	(3,4-7,5)
Île-du-Prince-Édouard	7	1 591	4,4	(1,8-9,0)
Nouvelle-Écosse	44	9 952	4,4	(3,2-5,9)
Nouveau-Brunswick	45	7 922	5,7	(4,1-7,6)
Québec	443	79 772	5,6	(5,0-6,1)
Ontario	728	132 997	5,5	(5,1-5,9)
Manitoba	110	14 655	7,5	(6,2-9,0)
Saskatchewan	114	12 859	8,9	(7,3-10,6)
Alberta	178	36 905	4,8	(4,1-5,6)
Colombie-Britannique	210	44 576	4,7	(4,1-5,4)
Yukon	4	474	8,4	(2,3-21,5)
Territoires du Nord-Ouest	16	1 468	10,9	(6,2-17,6)
CANADA	**1 927**	**348 587**	**5,5**	**(5,3-5,8)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.16 **Taux de mortalité infantile*, selon l'âge gestationnel,** *Canada (à l'exception l'Ontario)**, 1994-1996*

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
< 22	292	298	979,9	(956,7-992,6)
22-23	474	518	915,1	(887,6-937,6)
24-25	437	869	502,9	(469,1-536,6)
26-27	241	1 085	222,1	(197,7-248,0)
28-31	333	4 314	77,2	(69,4-85,6)
32-33	172	5 530	31,1	(26,7-36,0)
34-36	439	35 511	12,4	(11,2-13,6)
37-41	1 635	628 056	2,6	(2,5-2,7)
≥ 42	51	17 492	2,9	(2,2-3,8)
Âge gestationnel inconnu	18	2 389	7,5	(4,5-11,9)
Non couplé	64	—	—	—
Tous les âges gestationnels	4 156	696 062	6,0	(5,8-6,2)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1994-1996.
* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.
** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.17 **Taux de mortalité infantile*, selon le poids à la naissance,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1994-1996*

Poids à la naissance (grammes)	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
< 500	495	530	934,0	(909,4-953,6)
500-749	654	1 073	609,5	(579, 6-638,8)
750-999	282	1 255	224,7	(201,9-248,8)
1 000-1 249	167	1 527	109,4	(94,1-126,1)
1 250-1 499	138	1 913	72,1	(60,9-84,7)
1 500-1 999	292	7 429	39,3	(35,0-44,0)
2 000-2 499	344	25 553	13,5	(12,1-15,0)
2 500-3 999	1 498	570 021	2,6	(2,5-2,8)
≥ 4 000	160	84 738	1,9	(1,6-2,2)
Poids à la naissance inconnu	62	2 023	30,6	(23,6-39,1)
Non couplé	64	—	—	—
Tous les poids à la naissance	4 156	696 062	6,0	(5,8-6,2)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1994-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.18 **Nombre de mortalités infantiles*, selon l'âge gestationnel, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 22	14	4	21	9	133	41	20	107	82	1	0
22-23	23	6	32	14	256	67	55	161	149	3	6
24-25	29	1	39	28	242	45	69	131	136	0	2
26-27	20	3	25	14	139	38	41	67	73	0	9
28-31	28	8	25	13	198	38	48	94	87	0	7
32-33	18	2	11	12	119	19	28	70	50	0	5
34-36	29	2	33	40	253	67	49	134	136	1	12
37-41	73	21	121	120	962	233	255	554	562	11	58
≥ 42	4	0	11	5	26	15	9	19	19	0	0
Âge gestationnel inconnu	0	0	0	0	31	0	0	1	9	0	0
Non couplé	5	0	2	1	41	2	11	0	47	0	6
Tous les âges gestationnels	243	47	320	256	2 400	565	585	1 338	1 350	16	105

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.19 Nombre de naissances vivantes*, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, *Canada (à l'exception de l'Ontario)***, 1992-1996*

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 22	15	4	21	9	134	41	22	109	87	1	0
22-23	25	6	36	18	287	68	60	176	157	3	6
24-25	51	8	69	44	470	89	98	277	251	1	8
26-27	59	13	97	59	662	157	117	307	372	5	23
28-31	265	51	356	274	2 520	520	408	1 264	1 374	16	88
32-33	305	55	467	337	3 430	661	539	1 652	1 829	19	78
34-36	1 499	362	2 979	2 185	23 475	4 243	3 310	9 944	10 489	115	510
37-41	28 295	8 057	47 795	39 372	405 872	71 359	63 001	179 835	208 271	2 084	7 003
≥ 42	766	210	3 979	1 850	8 093	4 194	2 544	5 304	8 543	147	135
Âge gestationnel inconnu	10	4	50	6	6 867	19	1	1	592	2	16
Tous les âges gestationnels	31 290	8 770	55 849	44 154	451 810	81 351	70 100	198 869	231 965	2 393	7 867

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.17 Taux de mortalité infantile*, selon le poids à la naissance, *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1994-1996*

Poids à la naissance (grammes)	Nombre de décès de nourrisson	Nombre de nais. vivantes	Décès (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes	
< 500	495	530	934,0	(909,4-953,6)
500-749	654	1 073	609,5	(579, 6-638,8)
750-999	282	1 255	224,7	(201,9-248,8)
1 000-1 249	167	1 527	109,4	(94,1-126,1)
1 250-1 499	138	1 913	72,1	(60,9-84,7)
1 500-1 999	292	7 429	39,3	(35,0-44,0)
2 000-2 499	344	25 553	13,5	(12,1-15,0)
2 500-3 999	1 498	570 021	2,6	(2,5-2,8)
≥ 4 000	160	84 738	1,9	(1,6-2,2)
Poids à la naissance inconnu	62	2 023	30,6	(23,6-39,1)
Non couplé	64	—	—	—
Tous les poids à la naissance	4 156	696 062	6,0	(5,8-6,2)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1994-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.18 Nombre de mortalités infantiles*, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Age gestationnel (semaines)	T.-N.	I.-P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.
< 22	14	4	21	9	133	41	20	107	82	1	0
22-23	23	6	32	14	256	67	55	161	149	3	6
24-25	29	1	39	28	242	45	69	131	136	0	2
26-27	20	3	25	14	139	38	41	67	73	0	9
28-31	28	8	25	13	198	38	48	94	87	0	7
32-33	18	2	11	12	119	19	28	70	50	0	5
34-36	29	2	33	40	253	67	49	134	136	1	12
37-41	73	21	121	120	962	233	255	554	562	11	58
≥ 42	4	0	11	5	26	15	9	19	19	0	0
Âge gestationnel inconnu	0	0	0	0	31	0	0	1	9	0	0
Non couplé	5	0	2	1	41	2	11	0	47	0	6
Tous les âges gestationnels	243	47	320	256	2 400	565	585	1 338	1 350	16	105

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4 19 **Nombre de naissances vivantes*, selon l'âge gestationnel, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)***, 1992-1996*

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	I.-P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.
< 22	15	4	21	9	134	41	22	109	87	1	0
22-23	25	6	36	18	287	68	60	176	157	3	6
24-25	51	8	69	44	470	89	98	277	251	1	8
26-27	59	13	97	59	662	157	117	307	372	5	23
28-31	265	51	356	274	2 520	520	408	1 264	1 374	16	88
32-33	305	55	467	337	3 430	661	539	1 652	1 829	19	78
34-36	1 499	362	2 979	2 185	23 475	4 243	3 310	9 944	10 489	115	510
37-41	28 295	8 057	47 795	39 372	405 872	71 359	63 001	179 835	208 271	2 084	7 003
≥ 42	766	210	3 979	1 850	8 093	4 194	2 544	5 304	8 543	147	135
Âge gestationnel inconnu	10	4	50	6	6 867	19	1	1	592	2	16
Tous les âges gestationnels	31 290	8 770	55 849	44 154	451 810	81 351	70 100	198 869	231 965	2 393	7 867

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4-20 Taux de mortalité infantile*, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc
< 22	933,3 (680,5-998,3)	1 000,0 (397,6-1 000,0)	1 000,0 (838,9-1 000,0)	1 000,0 (663,7-1 000,0)	992,5 (959,1-999,8)
22-23	920,0 (739,7-990,2)	1 000,0 (540,7-1 000,0)	888,9 (739,4-968,9)	777,8 (523,6-935,9)	892,0 (850,2-925,4)
24-25	568,6 (422,5-706,5)	125,0 (3,2-526,5)	565,2 (440,4-684,2)	636,4 (477,7-775,9)	514,9 (468,7-560,9)
26-27	339,0 (220,8-473,9)	230,8 (50,4-538,1)	257,7 (174,2-356,5)	237,3 (136,2-366,0)	210,0 (179,5-243,0)
28-31	105,7 (71,4-149,1)	156,9 (70,2-285,9)	70,2 (46,0-101,9)	47,4 (25,5-79,8)	78,6 (68,4-89,8)
32-33	59,0 (35,3-91,7)	36,4 (4,4-125,3)	23,6 (11,8-41,8)	35,6 (18,5-61,4)	34,7 (28,8-41,4)
34-36	19,3 (13,0-27,7)	5,5 (0,7-19,8)	11,1 (7,6-15,5)	18,3 (13,1-24,8)	10,8 (9,5-12,2)
37-41	2,6 (2,0-3,2)	2,6 (1,6-4,0)	2,5 (2,1-3,0)	3,0 (2,5-3,6)	2,4 (2,2-2,5)
≥ 42	5,2 (1,4-13,3)	0,0 (0,0-17,4)	2,8 (1,4-4,9)	2,7 (0,9-6,3)	3,2 (2,1-4,7)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0-308,5)	0,0 (0,0-602,4)	0,0 (0,0-71,1)	0,0 (0,0-459,3)	4,5 (3,1-6,4)
Tous les âges gestationnels	7,8 (6,8-8,8)	5,4 (3,9-7,1)	5,7 (5,1-6,4)	5,8 (5,1-6,6)	5,3 (5,1-5,5)

Âge gestationnel (semaines)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.
< 22	1 000,0 (914,0-1 000,0)	909,1 (708,4-988,8)	981,7 (935,3-997,8)	942,5 (871,0-981,1)	1 000,0 (25,0-1 000,0)	—
22-23	985,3 (920,8-999,6)	916,7 (816,1-972,4)	914,8 (863,3-951,5)	949,0 (902,1-977,7)	1 000,0 (292,4-1 000,0)	1 000,0 (540,7-1 000,0)
24-25	505,6 (397,5-613,3)	704,1 (603,4-792,1)	472,9 (412,9-533,5)	541,8 (478,0-604,6)	0,0 (0,0-975,0)	250,0 (31,9-650,9)
26-27	242,0 (177,3-316,7)	350,4 (264,5-444,1)	218,2 (173,3-268,7)	196,2 (157,1-240,3)	0,0 (0,0-521,8)	391,3 (197,1-614,6)
28-31	73,1 (52,2-98,9)	117,6 (88,0-152,9)	74,4 (60,5-90,2)	63,3 (51,0-77,5)	0,0 (0,0-205,9)	79,5 (32,6-157,0)
32-33	28,7 (17,4-44,5)	51,9 (34,8-74,2)	42,4 (33,2-53,2)	27,3 (20,4-35,9)	0,0 (0,0-176,5)	64,1 (21,1-143,3)
34-36	15,8 (12,3-20,0)	14,8 (11,0-19,5)	13,5 (11,3-15,9)	13,0 (10,9-15,3)	8,7 (0,2-47,5)	23,5 (12,2-40,7)
37-41	3,3 (2,9-3,7)	4,0 (3,6-4,6)	3,1 (2,8-3,3)	2,7 (2,5-2,9)	5,3 (2,6-9,4)	8,3 (6,3-10,7)
≥ 42	3,6 (2,0-5,9)	3,5 (1,6-6,7)	3,6 (2,2-5,6)	2,2 (1,3-3,5)	0,0 (0,0-24,8)	0,0 (0,0-27,0)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0-176,5)	0,0 (0,0-975,0)	1 000,0 (25,0-1,000,0)	15,2 (7,0-28,7)	0,0 (0,0-841,9)	0,0 (0,0-205,9)
Tous les âges gestationnels	6,9 (6,4-7,5)	8,3 (7,7-9,0)	6,7 (6,4-7,1)	5,8 (5,5-6,1)	6,7 (3,8-10,8)	13,3 (10,9-16,1)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Décès (IC 95 %) pour 1 000 naissance vivantes. Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.21 **Nombre de mortalités infantiles*, selon le poids à la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 500	19	3	54	21	229	90	47	175	126	3	1
500-749	49	8	43	24	375	69	82	221	219	1	10
750-999	23	2	26	19	173	32	49	70	70	0	3
1 000-1 249	9	2	14	14	102	30	25	51	55	0	4
1 250-1 499	10	3	7	12	79	14	24	48	31	0	2
1 500-1 999	19	5	25	20	166	26	43	87	97	0	8
2 000-2 499	22	1	18	24	225	41	48	112	107	1	11
2 500-3 999	70	20	120	110	872	229	223	522	517	11	53
≥ 4 000	13	3	9	11	77	31	33	51	50	0	6
Poids à la naissance inconnu	4	0	2	0	61	1	0	1	31	0	1
Non couplé	5	0	2	1	41	2	11	0	47	0	6
Tous les poids à la naissance	243	47	320	256	2 400	565	585	1 338	1 350	16	105

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.22 **Nombre de naissances vivantes*, selon le poids à la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 500	21	3	54	23	249	103	48	185	135	3	1
500-749	65	14	74	45	617	132	117	352	336	4	16
750-999	68	13	129	80	757	159	130	351	331	2	14
1 000-1 249	87	19	140	106	954	200	155	417	474	5	27
1 250-1 499	107	20	135	145	1 179	232	187	533	616	9	29
1 500-1 999	378	86	637	448	4 825	838	706	2 134	2 242	25	116
2 000-2 499	1 097	287	1 993	1 520	17 546	2 669	2 288	7 624	7 658	81	289
2 500-3 999	24 562	6 880	44 382	35 191	376 367	65 006	56 773	164 397	188 105	1 889	6 257
≥ 4 000	4 890	1 432	8 252	6 595	46 118	12 005	9 688	22 874	31 440	374	1 100
Poids à la naissance inconnu	15	16	53	1	3 198	7	8	2	628	1	18
Tous les poids à la naissance	31 290	8 770	55 849	44 154	451 810	81 351	70 100	198 869	231 965	2 393	7 867

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.20 Taux de mortalité infantile*, selon l'âge gestationnel, par province/territoire, *Canada (à l'exception de l'Ontario)***, *1992-1996*

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc
< 22	933,3 (680,5-998,3)	1 000,0 (397,6-1 000,0)	1 000,0 (838,9-1 000,0)	1 000,0 (663,7-1 000,0)	992,5 (959,1-999,8)
22-23	920,0 (739,7-990,2)	1 000,0 (540,7-1 000,0)	888,9 (739,4-968,9)	777,8 (523,6-935,9)	892,0 (850,2-925,4)
24-25	568,6 (422,5-706,5)	125,0 (3,2-526,5)	565,2 (440,4-684,2)	636,4 (477,7-775,9)	514,9 (468,7-560,9)
26-27	339,0 (220,8-473,9)	230,8 (50,4-538,1)	257,7 (174,2-356,5)	237,3 (136,2-366,0)	210,0 (179,5-243,0)
28-31	105,7 (71,4-149,1)	156,9 (70,2-285,9)	70,2 (46,0-101,9)	47,4 (25,5-79,8)	78,6 (68,4-89,8)
32-33	59,0 (35,3-91,7)	36,4 (4,4-125,3)	23,6 (11,8-41,8)	35,6 (18,5-61,4)	34,7 (28,8-41,4)
34-36	19,3 (13,0-27,7)	5,5 (0,7-19,8)	11,1 (7,6-15,5)	18,3 (13,1-24,8)	10,8 (9,5-12,2)
37-41	2,6 (2,0-3,2)	2,6 (1,6-4,0)	2,5 (2,1-3,0)	3,0 (2,5-3,6)	2,4 (2,2-2,5)
≥ 42	5,2 (1,4-13,3)	0,0 (0,0-17,4)	2,8 (1,4-4,9)	2,7 (0,9-6,3)	3,2 (2,1-4,7)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0-308,5)	0,0 (0,0-602,4)	0,0 (0,0-71,1)	0,0 (0,0-459,3)	4,5 (3,1-6,4)
Tous les âges gestationnels	7,8 (6,8-8,8)	5,4 (3,9-7,1)	5,7 (5,1-6,4)	5,8 (5,1-6,6)	5,3 (5,1-5,5)

Âge gestationnel (semaines)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 22	1 000,0 (914,0-1 000,0)	909,1 (708,4-988,8)	981,7 (935,3-997,8)	942,5 (871,0-981,1)	1 000,0 (25,0-1 000,0)	—
22-23	985,3 (920,8-999,6)	916,7 (816,1-972,4)	914,8 (863,3-951,5)	949,0 (902,1-977,7)	1 000,0 (292,4-1 000,0)	1 000,0 (540,7-1 000,0)
24-25	505,6 (397,5-613,3)	704,1 (603,4-792,1)	472,9 (412,9-533,5)	541,8 (478,0-604,6)	0,0 (0,0-975,0)	250,0 (31,9-650,9)
26-27	242,0 (177,3-316,7)	350,4 (264,5-444,1)	218,2 (173,3-268,7)	196,2 (157,1-240,3)	0,0 (0,0-521,8)	391,3 (197,1-614,6)
28-31	73,1 (52,2-98,9)	117,6 (88,0-152,9)	74,4 (60,5-90,2)	63,3 (51,0-77,5)	0,0 (0,0-205,9)	79,5 (32,6-157,0)
32-33	28,7 (17,4-44,5)	51,9 (34,8-74,2)	42,4 (33,2-53,2)	27,3 (20,4-35,9)	0,0 (0,0-176,5)	64,1 (21,1-143,3)
34-36	15,8 (12,3-20,0)	14,8 (11,0-19,5)	13,5 (11,3-15,9)	13,0 (10,9-15,3)	8,7 (0,2-47,5)	23,5 (12,2-40,7)
37-41	3,3 (2,9-3,7)	4,0 (3,6-4,6)	3,1 (2,8-3,3)	2,7 (2,5-2,9)	5,3 (2,6-9,4)	8,3 (6,3-10,7)
≥ 42	3,6 (2,0-5,9)	3,5 (1,6-6,7)	3,6 (2,2-5,6)	2,2 (1,3-3,5)	0,0 (0,0-24,8)	0,0 (0,0-27,0)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0-176,5)	0,0 (0,0-975,0)	1 000,0 (25,0-1 000,0)	15,2 (7,0-28,7)	0,0 (0,0-841,9)	0,0 (0,0-205,9)
Tous les âges gestationnels	6,9 (6,4-7,5)	8,3 (7,7-9,0)	6,7 (6,4-7,1)	5,8 (5,5-6,1)	6,7 (3,8-10,8)	13,3 (10,9-16,1)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Décès (IC 95 %) pour 1 000 naissance vivantes. Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.21 **Nombre de mortalités infantiles*, selon le poids à la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 500	19	3	54	21	229	90	47	175	126	3	1
500-749	49	8	43	24	375	69	82	221	219	1	10
750-999	23	2	26	19	173	32	49	70	70	0	3
1 000-1 249	9	2	14	14	102	30	25	51	55	0	4
1 250-1 499	10	3	7	12	79	14	24	48	31	0	2
1 500-1 999	19	5	25	20	166	26	43	87	97	0	8
2 000-2 499	22	1	18	24	225	41	48	112	107	1	11
2 500-3 999	70	20	120	110	872	229	223	522	517	11	53
≥ 4 000	13	3	9	11	77	31	33	51	50	0	6
Poids à la naissance inconnu	4	0	2	0	61	1	0	1	31	0	1
Non couplé	5	0	2	1	41	2	11	0	47	0	6
Tous les poids à la naissance	243	47	320	256	2 400	565	585	1 338	1 350	16	105

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.22 **Nombre de naissances vivantes*, selon le poids à la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 500	21	3	54	23	249	103	48	185	135	3	1
500-749	65	14	74	45	617	132	117	352	336	4	16
750-999	68	13	129	80	757	159	130	351	331	2	14
1 000-1 249	87	19	140	106	954	200	155	417	474	5	27
1 250-1 499	107	20	135	145	1 179	232	187	533	616	9	29
1 500-1 999	378	86	637	448	4 825	838	706	2 134	2 242	25	116
2 000-2 499	1 097	287	1 993	1 520	17 546	2 669	2 288	7 624	7 658	81	289
2 500-3 999	24 562	6 880	44 382	35 191	376 367	65 006	56 773	164 397	188 105	1 889	6 257
≥ 4 000	4 890	1 432	8 252	6 595	46 118	12 005	9 688	22 874	31 440	374	1 100
Poids à la naissance inconnu	15	16	53	1	3 198	7	8	2	628	1	18
Tous les poids à la naissance	31 290	8 770	55 849	44 154	451 810	81 351	70 100	198 869	231 965	2 393	7 867

Source : Statistique Canada. Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.23 **Taux de mortalité infantile*, selon le poids à la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)***, 1992-1996*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc
< 500	904,8 (696,2-988,3)	1 000,0 (292,4-1 000,0)	1 000,0 (934,0-1 000,0)	913,0 (719,6-989,3)	919,7 (878,7-950,2)
500-749	753,8 (631,3-852,3)	571,4 (288,6-823,4)	581,1 (460,6-694,9)	533,3 (378,7-683,4)	607,8 (568,0-646,5)
750-999	338,2 (227,9-463,2)	153,8 (19,2-454,5)	201,6 (136,1-281,2)	237,5 (149,5-345,8)	228,5 (199,1-260,1)
1 000-1 249	103,4 (48,4-187,3)	105,3 (13,0-331,4)	100,0 (55,8-162,1)	132,1 (74,1-211,7)	106,9 (88,0-128,3)
1 250-1 499	93,5 (45,7-165,2)	150,0 (32,1-378,9)	51,9 (21,1-103,9)	82,8 (43,5-140,1)	67,0 (53,4-82,8)
1 500-1 999	50,3 (30,5-77,4)	58,1 (19,1-130,5)	39,2 (25,6-57,4)	44,6 (27,5-68,1)	34,4 (29,4-39,9)
2 000-2 499	20,1 (12,6-30,2)	3,5 (0,1-19,3)	9,0 (5,4-14,2)	15,8 (10,1-23,4)	12,8 (11,2-14,6)
2 500-3 999	2,8 (2,2-3,6)	2,9 (1,8-4,5)	2,7 (2,2-3,2)	3,1 (2,6-3,8)	2,3 (2,2-2,5)
≥ 4 000	2,7 (1,4-4,5)	2,1 (0,4-6,1)	1,1 (0,5-2,1)	1,7 (0,8-3,0)	1,7 (1,3-2,1)
Poids à la naissance inconnu	266,7 (77,9-551,0)	0,0 (0,0-205,9)	37,7 (4,6-129,8)	0,0 (0,0-975,0)	19,1 (14,6-24,4)
Tous les poids à la naissance	7,8 (6,8-8,8)	5,4 (3,9-7,1)	5,7 (5,1-6,4)	5,8 (5,1-6,6)	5,3 (5,1-5,5)

Poids à la naissance (grammes)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 500	873,8 (793,8-931,1)	979,2 (889,3-999,5)	945,9 (902,8-973,8)	933,3 (877,2-969,1)	1 000,0 (292,4-1 000,0)	1 000,0 (25,0-1 000,0)
500-749	522,7 (434,1-610,3)	700,9 (609,3-782,0)	627,8 (575,0-678,5)	651,8 (598,2-702,7)	250,0 (6,3-805,9)	625,0 (354,3-848,0)
750-999	201,3 (141,9-272,1)	376,9 (293,5-466,1)	199,4 (158,9-245,1)	211,5 (168,7-259,5)	0,0 (0,0-841,9)	214,3 (46,6-508,0)
1 000-1 249	150,0 (103,5-207,2)	161,3 (107,2-228,8)	122,3 (92,4-157,7)	116,0 (88,6-148,3)	0,0 (0,0-521,8)	148,1 (41,9-337,3)
1 250-1 499	60,3 (33,4-99,2)	128,3 (84,0-184,9)	90,1 (67,1-117,6)	50,3 (34,4-70,7)	0,0 (0,0-336,3)	69,0 (8,5-227,7)
1 500-1 999	31,0 (20,4-45,1)	60,9 (44,4-81,2)	40,8 (32,8-50,0)	43,3 (35,2-52,5)	0,0 (0,0-137,2)	69,0 (30,2-131,4)
2 000-2 499	15,4 (11,0-20,8)	21,0 (15,5-27,7)	14,7 (12,1-17,6)	14,0 (11,5-16,9)	12,3 (0,3-66,9)	38,1 (19,2-67,1)
2 500-3 999	3,5 (3,1-4,0)	3,9 (3,4-4,5)	3,2 (2,9-3,5)	2,7 (2,5-3,0)	5,8 (2,9-10,4)	8,5 (6,4-11,1)
≥ 4 000	2,6 (1,8-3,7)	3,4 (2,3-4,8)	2,2 (1,7-2,9)	1,6 (1,2-2,1)	0,0 (0,0-9,8)	5,5 (2,0-11,8)
Poids à la naissance inconnu	142,9 (3,6-578,7)	0,0 (0,0-369,4)	500,0 (12,6-987,4)	49,4 (33,8-69,3)	0,0 (0,0-975,0)	55,6 (1,4-272,9)
Tous les poids à la naissance	6,9 (6,4-7,5)	8,3 (7,7-9,0)	6,7 (6,4-7,1)	5,8 (5,5-6,1)	6,7 (3,8-10,8)	13,3 (10,9-16,1)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Décès (IC 95 %) pour 1 000 naissance vivantes. Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.24 **Nombre de cas et taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de cas de SDR	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Cas pour 1 000 nais. vivantes à l'hôpital
1989-1990	4 153	268 171	15,5
1990-1991	4 300	277 138	15,5
1991-1992	4 123	276 748	14,9
1992-1993	3 976	291 162	13,7
1993-1994	2 897	267 563	10,8
1994-1995	2 972	267 790	11,1
1995-1996	2 684	263 484	10,2
1996-1997	2 794	254 737	11,0
1997-1998	2 645	246 708	10,7

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent seulement les nourrissons ayant reçu un diagnostic au moment de l'admission pour l'accouchement.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E4.25 **Nombre de cas et taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de cas de SDR	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Cas (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes à l'hôpital	
Terre-Neuve	55	5 339	10,3	(7,8-13,4)
Île-du-Prince-Édouard	29	1 493	19,4	(13,1-27,8)
Nouvelle-Écosse	103	9 900	10,4	(8,5-12,6)
Nouveau-Brunswick	78	8 050	9,7	(7,7-12,1)
Ontario	1 491	137 173	10,8	(10,3-11,4)
Manitoba	202	14 145	14,3	(12,4-16,4)
Saskatchewan	139	12 496	11,1	(9,4-13,1)
Alberta	477	36 679	13,0	(11,9-14,2)
Colombie-Britannique	381	43 877	8,7	(7,8-9,6)
Yukon	2	432	4,6	(0,6-16,6)
Territoires du Nord-Ouest	3	1 169	2,6	(0,5-7,5)
CANADA**	**2 950**	**270 753**	**10,9**	**(10,5-11,3)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1997-1998
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998

* Les cas de SDR comprennent seulement les nourrissons ayant reçu un diagnostic au moment de l'admission pour l'accouchement.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.23 **Taux de mortalité infantile*, selon le poids à la naissance, par province/territoire,** *Canada (à l'exception de l'Ontario)**, 1992-1996*

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc
< 500	904,8 (696,2-988,3)	1 000,0 (292,4-1 000,0)	1 000,0 (934,0-1 000,0)	913,0 (719,6-989,3)	919,7 (878,7-950,2)
500-749	753,8 (631,3-852,3)	571,4 (288,6-823,4)	581,1 (460,6-694,9)	533,3 (378,7-683,4)	607,8 (568,0-646,5)
750-999	338,2 (227,9-463,2)	153,8 (19,2-454,5)	201,6 (136,1-281,2)	237,5 (149,5-345,8)	228,5 (199,1-260,1)
1 000-1 249	103,4 (48,4-187,3)	105,3 (13,0-331,4)	100,0 (55,8-162,1)	132,1 (74,1-211,7)	106,9 (88,0-128,3)
1 250-1 499	93,5 (45,7-165,2)	150,0 (32,1-378,9)	51,9 (21,1-103,9)	82,8 (43,5-140,1)	67,0 (53,4-82,8)
1 500-1 999	50,3 (30,5-77,4)	58,1 (19,1-130,5)	39,2 (25,6-57,4)	44,6 (27,5-68,1)	34,4 (29,4-39,9)
2 000-2 499	20,1 (12,6-30,2)	3,5 (0,1-19,3)	9,0 (5,4-14,2)	15,8 (10,1-23,4)	12,8 (11,2-14,6)
2 500-3 999	2,8 (2,2-3,6)	2,9 (1,8-4,5)	2,7 (2,2-3,2)	3,1 (2,6-3,8)	2,3 (2,2-2,5)
≥ 4 000	2,7 (1,4-4,5)	2,1 (0,4-6,1)	1,1 (0,5-2,1)	1,7 (0,8-3,0)	1,7 (1,3-2,1)
Poids à la naissance inconnu	266,7 (77,9-551,0)	0,0 (0,0-205,9)	37,7 (4,6-129,8)	0,0 (0,0-975,0)	19,1 (14,6-24,4)
Tous les poids à la naissance	7,8 (6,8-8,8)	5,4 (3,9-7,1)	5,7 (5,1-6,4)	5,8 (5,1-6,6)	5,3 (5,1-5,5)

Poids à la naissance (grammes)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T. N.-O.
< 500	873,8 (793,3-931,1)	979,2 (889,3-999,5)	945,9 (902,8-973,8)	933,3 (877,2-969,1)	1 000,0 (292,4-1 000,0)	1 000,0 (25,0-1 000,0)
500-749	522,7 (434,1-610,3)	700,9 (609,3-782,0)	627,8 (575,0-678,5)	651,8 (598,2-702,7)	250,0 (6,3-805,9)	625,0 (354,3-848,0)
750-999	201,3 (141,9-272,1)	376,9 (293,5-466,1)	199,4 (158,9-245,1)	211,5 (168,7-259,5)	0,0 (0,0-841,9)	214,3 (46,6-508,0)
1 000-1 249	150,0 (103,5-207,2)	161,3 (107,2-228,8)	122,3 (92,4-157,7)	116,0 (88,6-148,3)	0,0 (0,0-521,8)	148,1 (41,9-337,3)
1 250-1 499	60,3 (33,4-99,2)	128,3 (84,0-184,9)	90,1 (67,1-117,6)	50,3 (34,4-70,7)	0,0 (0,0-336,3)	69,0 (8,5-227,7)
1 500-1 999	31,0 (20,4-45,1)	60,9 (44,4-81,2)	40,8 (32,8-50,0)	43,3 (35,2-52,5)	0,0 (0,0-137,2)	69,0 (30,2-131,4)
2 000-2 499	15,4 (11,0-20,8)	21,0 (15,5-27,7)	14,7 (12,1-17,6)	14,0 (11,5-16,9)	12,3 (0,3-66,9)	38,1 (19,2-67,1)
2 500-3 999	3,5 (3,1-4,0)	3,9 (3,4-4,5)	3,2 (2,9-3,5)	2,7 (2,5-3,0)	5,8 (2,9-10,4)	8,5 (6,4-11,1)
≥ 4 000	2,6 (1,8-3,7)	3,4 (2,3-4,8)	2,2 (1,7-2,9)	1,6 (1,2-2,1)	0,0 (0,0-9,8)	5,5 (2,0-11,8)
Poids à la naissance inconnu	142,9 (3,6-578,7)	0,0 (0,0-369,4)	500,0 (12,6-987,4)	49,4 (33,8-69,3)	0,0 (0,0-975,0)	55,6 (1,4-272,9)
Tous les poids à la naissance	6,9 (6,4-7,5)	8,3 (7,7-9,0)	6,7 (6,4-7,1)	5,8 (5,5-6,1)	6,7 (3,8-10,8)	13,3 (10,9-16,1)

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1992-1996.

* Décès (IC 95 %) pour 1 000 naissance vivantes. Dans le fichier couplé des mortalités infantiles, on présumait que toutes les naissances vivantes de moins de 22 semaines et de moins de 500 g avaient entraîné le décès au cours de la première journée de vie et étaient ainsi classifiées.

** L'Ontario est exclue à cause de problèmes dans la qualité des données.

Tableau E4.24 **Nombre de cas et taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)**, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de cas de SDR	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Cas pour 1 000 nais. vivantes à l'hôpital
1989-1990	4 153	268 171	15,5
1990-1991	4 300	277 138	15,5
1991-1992	4 123	276 748	14,9
1992-1993	3 976	291 162	13,7
1993-1994	2 897	267 563	10,8
1994-1995	2 972	267 790	11,1
1995-1996	2 684	263 484	10,2
1996-1997	2 794	254 737	11,0
1997-1998	2 645	246 708	10,7

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent seulement les nourrissons ayant reçu un diagnostic au moment de l'admission pour l'accouchement.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E4.25 **Nombre de cas et taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR)*, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)**, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de cas de SDR	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Cas (IC 95 %) pour 1 000 nais. vivantes à l'hôpital	
Terre-Neuve	55	5 339	10,3	(7,8-13,4)
Île-du-Prince-Édouard	29	1 493	19,4	(13,1-27,8)
Nouvelle-Écosse	103	9 900	10,4	(8,5-12,6)
Nouveau-Brunswick	78	8 050	9,7	(7,7-12,1)
Ontario	1 491	137 173	10,8	(10,3-11,4)
Manitoba	202	14 145	14,3	(12,4-16,4)
Saskatchewan	139	12 496	11,1	(9,4-13,1)
Alberta	477	36 679	13,0	(11,9-14,2)
Colombie-Britannique	381	43 877	8,7	(7,8-9,6)
Yukon	2	432	4,6	(0,6-16,6)
Territoires du Nord-Ouest	3	1 169	2,6	(0,5-7,5)
CANADA**	**2 950**	**270 753**	**10,9**	**(10,5-11,3)**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.
Manitoba Health, Epidemiology Unit, Perinatal Surveillance Database, 1997-1998.

* Les cas de SDR comprennent seulement les nourrissons ayant reçu un diagnostic au moment de l'admission pour l'accouchement.

** La BDCP ne contient pas de données sur le Québec.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.26 **Taux de naissance multiple et nombres,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*

Année	Nombre de nais. multiples	Nais. totales	Nais. multiples pour 100 nais. totales
1988	7 793	371 519	2,06
1989	8 207	387 278	2,09
1990	8 492	400 206	2,08
1991	8 147	397 611	2,02
1992	8 345	394 201	2,08
1993	8 170	384 266	2,08
1994	8 746	381 031	2,25
1995	8 682	374 476	2,28
1996	8 810	362 551	2,40
1997	8 760	345 282	2,50

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E4.27 **Taux de naissance multiple et nombres, par province/territoire,**
Canada, 1997

Province/Territoire	Nombre de nais. multiples	Nais. totales	Nais. multiples (IC 95 %) pour 100 nais. totales	
Terre-Neuve	127	5 447	2,3	(1,9-2,8)
Île-du-Prince-Édouard	32	1 597	2,0	(1,4-2,8)
Nouvelle-Écosse	237	10 020	2,4	(2,1-2,7)
Nouveau-Brunswick	196	7 969	2,5	(2,1-2,8)
Québec	1 894	80 117	2,4	(2,3-2,5)
Ontario	3 583	133 876	2,7	(2,6-2,8)
Manitoba	348	14 755	2,4	(2,1-2,6)
Saskatchewan	350	12 919	2,7	(2,4-3,0)
Alberta	968	37 154	2,6	(2,4-2,8)
Colombie-Britannique	1 091	44 913	2,4	(2,3-2,6)
Yukon	21	481	4,4	(2,7-6,6)
Territoires du Nord-Ouest	40	1 481	2,7	(1,9-3,7)
CANADA	**8 887**	**350 729**	**2,5**	**(2,5-2,6)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.28 **Nombre de cas et taux d'anomalie du tube neural (ATN),** *Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse)*, 1989-1997*

Année	Nombre de cas d'ATN	Nais. totales	Cas (IC 95 %) pour 10 000 nais. totales	
1989	329	284 590	11,6	(10,3-12,9)
1990	339	294 140	11,5	(10,3-12,8)
1991	321	293 538	10,9	(9,8-12,2)
1992	309	289 722	10,7	(9,5-11,9)
1993	281	285 790	9,8	(8,7-11,0)
1994	275	286 103	9,6	(8,5-10,8)
1995	289	282 196	10,2	(9,1-11,5)
1996	204	272 777	7,5	(6,5-8,6)
1997	197	262 741	7,5	(6,5-8,6)

Source : Santé Canada, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1989-1997.

* Le Québec et la Nouvelle-Écosse sont exclus parce qu'on ne possède pas de données sur ces provinces pour toutes les années.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.29 **Nombre de cas et taux d'anomalie du tube neural (ATN), par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997*

Province/Territoire	Nombre de cas d'ATN	Nais. totales	Cas (IC 95 %) pour 10 000 nais. totales	
Terre-Neuve	6	5 442	11,0	(4,0-24,0)
Île-du-Prince-Édouard	0	1 570	0,0	(0,0-23,5)
Nouvelle-Écosse	10	10 017	10,0	(4,8-18,4)
Nouveau-Brunswick	9	8 146	11,0	(5,1-21,0)
Ontario	106	137 046	7,7	(6,3-9,3)
Manitoba	17	14 755	11,5	(6,7-18,4)
Saskatchewan	11	12 465	8,8	(4,4-15,8)
Alberta	24	37 154	6,5	(4,1-9,6)
Colombie-Britannique	24	44 578	5,4	(3,5-8,0)
Yukon	0	455	0,0	(0,0-80,7)
Territoires du Nord-Ouest	0	1 130	0,0	(0,0-32,6)
CANADA*	**207**	**272 758**	**7,6**	**(6,6-8,7)**

Source : Santé Canada, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997.

* Le Québec est exclu parce que l'on ne possédait pas de données sur cette province pour 1997.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.26 **Taux de naissance multiple et nombres,**
Canada (à l'exception de Terre-Neuve), 1988-1997*

Année	Nombre de nais. multiples	Nais. totales	Nais. multiples pour 100 nais. totales
1988	7 793	371 519	2,06
1989	8 207	387 278	2,09
1990	8 492	400 206	2,08
1991	8 147	397 611	2,02
1992	8 345	394 201	2,08
1993	8 170	384 266	2,08
1994	8 746	381 031	2,25
1995	8 682	374 476	2,28
1996	8 810	362 551	2,40
1997	8 760	345 282	2,50

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1988-1997.
* Terre-Neuve est exclue parce qu'on ne possède aucune donnée antérieure à 1991 pour cette province.

Tableau E4.27 **Taux de naissance multiple et nombres, par province/territoire,**
Canada, 1997

Province/Territoire	Nombre de nais. multiples	Nais. totales	Nais. multiples (IC 95 %) pour 100 nais. totales	
Terre-Neuve	127	5 447	2,3	(1,9-2,8)
Île-du-Prince-Édouard	32	1 597	2,0	(1,4-2,8)
Nouvelle-Écosse	237	10 020	2,4	(2,1-2,7)
Nouveau-Brunswick	196	7 969	2,5	(2,1-2,8)
Québec	1 894	80 117	2,4	(2,3-2,5)
Ontario	3 583	133 876	2,7	(2,6-2,8)
Manitoba	348	14 755	2,4	(2,1-2,6)
Saskatchewan	350	12 919	2,7	(2,4-3,0)
Alberta	968	37 154	2,6	(2,4-2,8)
Colombie-Britannique	1 091	44 913	2,4	(2,3-2,6)
Yukon	21	481	4,4	(2,7-6,6)
Territoires du Nord-Ouest	40	1 481	2,7	(1,9-3,7)
CANADA	**8 887**	**350 729**	**2,5**	**(2,5-2,6)**

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, 1997.
IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.28 **Nombre de cas et taux d'anomalie du tube neural (ATN),** *Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse)*, 1989-1997*

Année	Nombre de cas d'ATN	Nais. totales	Cas (IC 95 %) pour 10 000 nais. totales	
1989	329	284 590	11,6	(10,3-12,9)
1990	339	294 140	11,5	(10,3-12,8)
1991	321	293 538	10,9	(9,8-12,2)
1992	309	289 722	10,7	(9,5-11,9)
1993	281	285 790	9,8	(8,7-11,0)
1994	275	286 103	9,6	(8,5-10,8)
1995	289	282 196	10,2	(9,1-11,5)
1996	204	272 777	7,5	(6,5-8,6)
1997	197	262 741	7,5	(6,5-8,6)

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1989-1997.

* Le Québec et la Nouvelle-Écosse sont exclus parce qu'on ne possède pas de données sur ces provinces pour toutes les années.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.29 **Nombre de cas et taux d'anomalie du tube neural (ATN), par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec)*, 1997*

Province/Territoire	Nombre de cas d'ATN	Nais. totales	Cas (IC 95 %) pour 10 000 nais. totales	
Terre-Neuve	6	5 442	11,0	(4,0-24,0)
Île-du-Prince-Édouard	0	1 570	0,0	(0,0-23,5)
Nouvelle-Écosse	10	10 017	10,0	(4,8-18,4)
Nouveau-Brunswick	9	8 146	11,0	(5,1-21,0)
Ontario	106	137 046	7,7	(6,3-9,3)
Manitoba	17	14 755	11,5	(6,7-18,4)
Saskatchewan	11	12 465	8,8	(4,4-15,8)
Alberta	24	37 154	6,5	(4,1-9,6)
Colombie-Britannique	24	44 578	5,4	(3,5-8,0)
Yukon	0	455	0,0	(0,0-80,7)
Territoires du Nord-Ouest	0	1 130	0,0	(0,0-32,6)
CANADA*	**207**	**272 758**	**7,6**	**(6,6-8,7)**

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997.

* Le Québec est exclu parce que l'on ne possédait pas de données sur cette province pour 1997

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.30 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de nouveau-nés réadmis	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés réadmis pour 100 nais. viv. à l'hôpital
1989-1990	7 518	268 171	2,8
1990-1991	8 101	277 138	2,9
1991-1992	8 231	276 748	3,0
1992-1993	8 520	291 162	3,1
1993-1994	8 709	267 563	3,3
1994-1995	9 353	267 790	3,5
1995-1996	10 000	263 484	3,8
1996-1997	9 609	254 737	3,8
1997-1998	9 748	244 264**	4,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** Puisque la dernière année pour laquelle des données sont disponibles est 1997-1998 et qu'il faut une période de suivi de 28 jours pour déterminer les réadmissions de nouveau-nés, les naissances vivantes suivant le 3 mars 1998 ont été exclues.

Tableau E4.31 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec et du Manitoba)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de nouveau-nés réadmis	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés réadmis (IC 95 %) pour 100 nais. viv. à l'hôpital	
Terre-Neuve	117	5 337	2,2	(1,8-2,6)
Île-du-Prince-Édouard	23	1 559	1,5	(0,9-2,2)
Nouvelle-Écosse	246	9 837	2,5	(2,2-2,8)
Nouveau-Brunswick	346	8 026	4,3	(3,9-4,8)
Ontario	5 078	135 496	3,7	(3,6-3,9)
Saskatchewan	599	12 248	4,9	(4,5-5,3)
Alberta	1 822	36 212	5,0	(4,8-5,3)
Colombie-Britannique	1 668	43 820	3,8	(3,6-4,0)
Yukon	19	452	4,2	(2,5-6,5)
Territoires du Nord-Ouest	76	1 114	6,8	(5,4-8,5)
CANADA*	**9 994**	**254 101**	**3,9**	**(3,9-4,0)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. On ne possède pas de données complètes pour le Manitoba. Les analyses se fondent sur le nombre de naissances vivantes pour mars 1997- mars 1998.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.32 Diagnostic principal pour la réadmission des nouveau-nés,
Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 et 1997-1998*

Diagnostic principal	1989-1990		1997-1998	
	Nombre de nouveau-nés readmis	Pourcentage de nouveau-nés readmis selon le diagnostic principal	Nombre de nouveau-nés readmis	Pourcentage de nouveau-nés readmis selon le diagnostic principal
Ictère	1 594	21,2	3 868	38,7
Troubles alimentaires	534	7,1	809	8,1
Septicémie	165	2,2	453	4,5
Déshydratation	45	0,6	245	2,5
Gain de poids insuffisant	128	1,7	149	1,5
Autres	5 052	67,2	4 470	44,7
Total	**7 518**	**100,0**	**9 994**	**100,0**

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 et 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Tableau E4 30 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital et nombres,** *Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba)*, 1989-1990 à 1997-1998*

Année	Nombre de nouveau-nés readmis	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés readmis pour 100 nais. viv. à l'hôpital
1989-1990	7 518	268 171	2,8
1990-1991	8 101	277 138	2,9
1991-1992	8 231	276 748	3,0
1992-1993	8 520	291 162	3,1
1993-1994	8 709	267 563	3,3
1994-1995	9 353	267 790	3,5
1995-1996	10 000	263 484	3,8
1996-1997	9 609	254 737	3,8
1997-1998	9 748	244 264**	4,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 à 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

** Puisque la dernière année pour laquelle des données sont disponibles est 1997-1998 et qu'il faut une période de suivi de 28 jours pour déterminer les réadmissions de nouveau-nés, les naissances vivantes suivant le 3 mars 1998 ont été exclues.

Tableau E4 31 **Taux de réadmission du nouveau-né après le congé de l'hôpital et nombres, par province/territoire,** *Canada (à l'exception du Québec et du Manitoba)*, 1997-1998*

Province/Territoire	Nombre de nouveau-nés readmis	Nombre de nais. vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés readmis (IC 95 %) pour 100 nais. viv. à l'hôpital	
Terre-Neuve	117	5 337	2,2	(1,8-2,6)
Île-du-Prince-Édouard	23	1 559	1,5	(0,9-2,2)
Nouvelle-Écosse	246	9 837	2,5	(2,2-2,8)
Nouveau-Brunswick	346	8 026	4,3	(3,9-4,8)
Ontario	5 078	135 496	3,7	(3,6-3,9)
Saskatchewan	599	12 248	4,9	(4,5-5,3)
Alberta	1 822	36 212	5,0	(4,8-5,3)
Colombie-Britannique	1 668	43 820	3,8	(3,6-4,0)
Yukon	19	452	4,2	(2,5-6,5)
Territoires du Nord-Ouest	76	1 114	6,8	(5,4-8,5)
CANADA*	**9 994**	**254 101**	**3,9**	**(3,9-4,0)**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. On ne possède pas de données complètes pour le Manitoba. Les analyses se fondent sur le nombre de naissances vivantes pour mars 1997- mars 1998.

IC — intervalle de confiance.

Tableau E4.32 **Diagnostic principal pour la réadmission des nouveau-nés,**
Canada (à l'exception du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba), 1989-1990 et 1997-1998*

Diagnostic principal	1989-1990		1997-1998	
	Nombre de nouveau-nés réadmis	Pourcentage de nouveau-nés readmis selon le diagnostic principal	Nombre de nouveau-nés réadmis	Pourcentage de nouveau-nés readmis selon le diagnostic principal
Ictère	1 594	21,2	3 868	38,7
Troubles alimentaires	534	7,1	809	8,1
Septicémie	165	2,2	453	4,5
Déshydratation	45	0,6	245	2,5
Gain de poids insuffisant	128	1,7	149	1,5
Autres	5 052	67,2	4 470	44,7
Total	**7 518**	**100,0**	**9 994**	**100,0**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 1989-1990 et 1997-1998.

* La BDCP ne contient pas de données sur le Québec. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba sont exclus parce que la BDCP ne contient pas de données complètes sur ces provinces pour toutes les années en question.

Annexe F

Publications du Système canadien de surveillance périnatale (au mois de septembre 2000)

Articles publiés ou sous presse dans les revues dotées d'un comité d'examen par les pairs

Chen, J., Fair, M., Wilkins, R., Cyr, M. Maternal education and fetal and infant mortality in Québec, Fetal and Infant Mortality Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, *Rapports sur la santé* (1998), 10 : 53-64.

Dzakpasu, S., Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C. The Matthew Effect: infant mortality in Canada and internationally, *Pediatrics* (2000), 106 : e5.

Fair, M., Cyr, M., Allen, A.C., Wen, S.W., Guyon, G., MacDonald, R.C. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile. Une évaluation de la validité d'un système informatique pour le couplage probabiliste des enregistrements de naissances et de décès de nourrissons au Canada, *Maladies chroniques au Canada* (2000), 21 : 8-13.

Joseph, K.S., Allen, A., Kramer, M.S., Cyr, M., Fair, M. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985-95, *Paediatr Perinat Epidemiol* (1999), 13 : 278-87.

Joseph, K.S., Kramer, M.S. Canadian infant mortality: 1994 update, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1997), 156 : 161-3.

Joseph, K.S., Kramer, M.S. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 g, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1996), 155 : 1047-52.

Joseph, K.S., Kramer, M.S. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1997), 157 : 535-41.

Joseph, K.S., Kramer, M.S. Recent versus historical trends in preterm birth in Canada (Res let), *Journal de l'Association médicale canadienne* (1999), 161 : 1409.

Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C., Cyr, M., Fair, M., Ohlsson, A. et coll. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Gestational age- and birth weight-specific declines in infant mortality in Canada, 1985-94. *Paediatr Perinat Epidemiol* (sous presse).

Joseph, K.S., Kramer, M.S., Allen, A.C., Mery, L.S., Platt, R. Implausible birth weight for gestational age, *Am J Epidemiol* (sous presse).

Joseph, K.S., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Wen, S.W., Allen, A. et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994, *N Engl J Med* (1998), 339 : 1434-9.

Kramer, M.S., Demissie, K., Yang, H., Platt, R.W., Sauve, R., Liston, R. pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality, *J Am Med Assoc* (2000), 284 : 843-9.

Liu, S., Wen, S.W. Development of record linkage of hospital discharge data for the study of neonatal readmission, *Maladies chroniques au Canada* (1999), 20 : 77-81.

Liu, S., Wen, S.W., Demissie, K., Marcoux, S., Kramer, M.S. Maternal asthma and pregnancy outcomes: a retrospective cohort study in Québec, Canada, *Am J Obstet Gynecol* (sous presse).

Liu, S., Wen, S.W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., McCourt, C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (2000), 91 : 46-50.

Wen, S.W., Demissie K, Liu, S. Adverse outcomes in pregnancies of asthmatic women: results from a Canadian population, *Ann Epidemiol* (sous presse).

Wen, S.W., Kramer, M.S., Liu, S., Dzakpasu, S., Sauve, R. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile. Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994, *Maladies chroniques au Canada* (2000), 21 : 14-22.

Wen, S.W., Liu, S., Fowler, D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada, *Revue canadienne de santé publique* (1998), 89 : 115-9.

Wen, S.W., Liu, S., Joseph, K.S., Rouleau, J., Allen, A. Patterns of infant mortality caused by major congenital anomalies, *Teratology* (2000), 61 : 342-6.

Wen, S.W., Liu, S., Joseph, K.S., Trouton, K., Allen, A. Regional patterns of infant mortality caused by lethal congenital anomalies, *Revue canadienne de santé publique* (1999), 90 : 316-9.

Wen, S.W., Liu, S., Kramer, M.S., Joseph, K.S., Marcoux, S., Levitt, C. et coll. The impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes, *Am J Epidemiol* (sous presse).

Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1998), 158 : 875-80.

Wen, S.W., Liu, S., Marcoux, S., Fowler, D. Uses and limitations of routine hospital admission/separation records for perinatal surveillance, *Maladies chroniques au Canada* (1997), 18 : 113-9.

Wen, S.W., Mery, L., Kramer, M.S., Jimenez, V., Trouton, K., Herbert, P. et coll. Attitudes of Canadian women towards birthing centre and midwife care for childbirth, *Journal de l'Association médicale canadienne* (1999), 161 : 708-9.

Wen, S.W., Rouleau, J., Liu, S., Sibbald, B. Recent trends in male reproductive tract anomaly and cancer in Canadian provinces of Ontario and Alberta, *Teratology* (sous presse).

Wen, S.W., Rouleau, J., Lowry, R.B., Kinakin, B., Anderson-Redick, S., Sibbald, B. et coll. Congenital anomalies ascertained by two record systems run in parallel in the Canadian province of Alberta, *Revue canadienne de santé publique* (2000), 91 : 193-6.

Résumés publiés ou présentés

Joseph, K.S. Secular trends in the frequency and character of multiple births International Symposium 5 — Twin pregnancies — A modern epidemic and the results of the Canadian consensus. Présenté à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada à Montréal, en juin 2000.

Liu, S., Heaman, M., Demissie, K., Wen, S.W., Marcoux, S., Kramer, M.S. Association between maternal readmission and obstetric conditions at childbirth: a case-control study. Présenté lors de la 13e réunion annuelle de la Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research, Seattle, Washington, juin 2000 : B6.

Liu, S., Joseph, K.S., Wen, S.W., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A. et coll. pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changing patterns of fetal and infant death due to congenital anomalies in Canada. Présenté lors de la 13e réunion annuelle de la Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research, Seattle, Washington, juin 2000 : A5.

Liu, S., Wen, S.W., Demissie, K., Marcoux, S., Trouton, K. Maternal asthma and pregnancy outcomes: a cohort study in Québec, Canada, *Paediatr Perinat Epidemiol* (1999), 13 : A17.

Liu, S., Wen, S.W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D. et coll. The association between decreased length of hospital stay at birth and increased neonatal readmission rates in Canada, *Paediatr Perinat Epidemiol* (1999), 13 : A18.

Turner, L., Kramer, M.S., Liu, S., Cyr, M., Fair, M., Heaman, M. et coll. Cause-specific mortality during pregnancy and the puerperium. Présenté lors de la 56e réunion annuelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Montréal, juin 2000.

Wen, S.W. Methodological considerations in human reproductive study of toxic exposure (résumé), *Teratology* (1997), 55 : 162.

Wen, S.W., Demissie, K., Liu, S. Adverse outcomes in pregnancies of asthmatic women: results from a large Canadian population, *Am J Epidemiol* (1999), 149 : S24.

Rapports publiés

Fair, M., Cyr, M., Allen, A.C., Wen, S.W., Guyon, G., MacDonald, R.C. et le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada*, Ottawa : Statistique Canada (1999) (N° 84F0013-XIF au catalogue).

Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (2000) (N° H49-135/2000F au catalogue).

Santé Canada. *Rapport d'étape. Système canadien de surveillance périnatale*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada (1995).

Santé Canada. *Système canadien de surveillance périnatale. Rapport d'étape 1997-1998*, Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (1999).

Fiches d'information publiées

Allaitement maternel	Novembre 1998	(Français et anglais)
Avortement provoqué	Avril 1998	(Français et anglais)
L'alcool et la grossesse	Novembre 1998	(Français et anglais)
Mortalité infantile	Mars 1998	(Français et anglais)
Prématurité	Octobre 1999	(Français et anglais)
Rapport sur la santé maternelle au Canada	Avril 1998	(Bilingue)
Syndrome de mort subite du nourrisson	Septembre 1999	(Français et anglais)

Annexe G

Formulaire d'évaluation

Commentaires des lecteurs et lectrices

Le Système canadien de surveillance périnatale vous prie de bien vouloir répondre à quelques questions au sujet du *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Vos réponses nous donneront une idée de ce que vous pensez de son contenu et de son utilité.

Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli à la :

Division de la santé génésique
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Centre de développement de la santé humaine
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Édifice de la DGPS nº 7, L.A. 0701D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2

Télécopieur : (613) 941-9927

Satisfaction générale à l'égard du Rapport

Pour chacune des questions qui suivent, veuillez faire un X dans la case correspondant à la réponse *qui convient le mieux.*

1. Comment avez-vous obtenu votre exemplaire du *Rapport*?
   - ☐ Il m'a été envoyé par la poste dans le cadre de la distribution initiale.
   - ☐ J'en eu une copie au travail.
   - ☐ Je l'ai trouvé sur Internet.
   - ☐ J'ai commandé un exemplaire.
   - ☐ Autre (préciser S.V.P.) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu ou parcouru le *Rapport*?
   - ☐ J'ai parcouru tout le document.
   - ☐ J'ai parcouru tout le document et lu certains chapitres particuliers.
   - ☐ J'ai lu le document en entier.

3. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des éléments de contenu suivants du *Rapport*?

   a. Longueur

   ☐ Trop court ☐ Satisfaisant ☐ Trop long

   b. Niveau de langue (lisibilité)

   ☐ Trop élevé ☐ Satisfaisant ☐ Trop faible

   c. Clarté des informations techniques

   ☐ Excellent ☐ Bien ☐ Passable ☐ Faible

   d. Présentation et organisation

   ☐ Excellent ☐ Bien ☐ Passable ☐ Faible

   e. Utilisation des figures/graphiques

   ☐ Excellent ☐ Bien ☐ Passable ☐ Faible

   f. Qualité de l'analyse

   ☐ Excellent ☐ Bien ☐ Passable ☐ Faible

4. Comment pourrait-on améliorer le *Rapport* (p. ex., contenu, présentation, etc.)?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Utilité du Rapport

5. L'un des objectifs du *Rapport* est de faire mieux connaître et comprendre la *situation de la santé périnatale au Canada et les facteurs qui influent sur la santé.* Dans quelle mesure jugez-vous qu'il atteint ce but, dans l'ensemble?

   ☐ Très bien ☐ Assez bien

   ☐ Partiellement ☐ Pas du tout

6. Avez-vous utilisé, ou pensez-vous utiliser, l'information contenue dans le *Rapport* pour l'une ou l'autre des activités suivantes?

☐ Élaboration de politiques
☐ Information seulement
☐ Recherche ou évaluation
☐ Appui à la collaboration intersectorielle
☐ Activités éducatives
☐ Planification de programme
☐ Notes d'information
☐ Sensibilisation du public
☐ Autre (préciser S.V.P.) _____

7. Dans quelle mesure avez-vous trouvé utile chacune des sections du *Rapport*? (Pour chaque section, tracer un X à la réponse *qui convient le mieux* S.V.P.)

	Très utile	Assez utile	Inutile
Introduction	☐	☐	☐
La situation de la santé périnatale au Canada — Aperçu général	☐	☐	☐
Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile	☐	☐	☐
Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile	☐	☐	☐
Annexe A : Sources de données et méthodologie	☐	☐	☐
Annexe B : Liste des indicateurs de santé périnatale	☐	☐	☐
Annexe C : Liste des acronymes	☐	☐	☐
Annexe D : Composantes de la mortalité fœtale et infantile	☐	☐	☐
Annexe E : Tables de données	☐	☐	☐
Annexe F : Publications du Système canadien de surveillance périnatale	☐	☐	☐

8. Selon vous, quel impact a eu ou aura le *Rapport* auprès des groupes suivants? (Inscrire le chiffre approprié à côté de *chaque élément.*)

1 = impact élevé (grande utilité)
2 = impact modéré (certaine utilité)
3 = impact négligeable (peu d'utilité)
4 = aucun impact (pas lu ou utilisé)
5 = impact incertain

___ Décideurs du secteur de la santé au sein du gouvernement
___ Décideurs d'autres secteurs au sein du gouvernement
___ Autorités sanitaires locales ou régionales
___ Organisations non gouvernementales (p. ex. organismes bénévoles)
___ Prestataires de services (p. ex. cliniciens, autres professionnels de la santé, travailleurs sociaux)

___ Milieu universitaire ou chercheurs du secteur politique

___ Membres de la population générale

___ Médias

9. Avez-vous en votre possession un exemplaire du document d'accompagnement intitulé *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence?*

☐ Oui ☐ Non

Si non, vous pouvez obtenir un exemplaire aux coordonnées suivantes :

Division de la santé génésique
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
Centre de développement de la santé humaine
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Édifice de la DGPS nº 7, L.A. 0701D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2

Téléphone : (613) 941-2395
Télécopieur : (613) 941-9927

Cette publication est également disponible en version électronique sur Internet à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpd/lcdc/brch/reprodf.html

Si oui, l'avez-vous trouvé utile?

☐ Oui ☐ Non

10. Avez-vous d'autres commentaires à formuler au sujet de ce *Rapport* ou avez-vous des suggestions à faire concernant les prochains rapports?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____